

LE CANCER DE L'ESTOMAC AU COURS DE L'ÉTAT GRAVIDO - PUERPÉRAL. ETUDE CLINIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 DÉCEMBRE 1962

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

MOLINIÉ Claude

Interne des Hôpitaux de Lyon

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 3 Décembre 1937 à METZ (Moselle)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

—
1962

LE CANCER DE L'ESTOMAC
AU COURS DE L'ÉTAT GRAVIDO-PUERPÉRAL.

ÉTUDE CLINIQUE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen Honoraire	MM. J. LÉPINE
Doyen	H. HERMANN
Assesseur	M. LEVRAT
Assesseur	L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LÉPINE, TRILLAT, MOURIQUAND
MAZEL, GARIN, GATÉ, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET

PROFESSEURS

Physiologie A	MM. HERMANN
Clinique urologique	CIBERT
Physique biologique	PONTHUS (détaché à Beyrouth)
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale.....	DECHAUME
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.....	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....	CHAMBON
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT
Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT
Clinique médicale C	CROIZAT
Chimie biologique et médicale.....	ENSELME
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY
Pharmacie galénique et matière médicale.....	REVOL
Clinique gynécologique	POLLOSSON
Clinique obstétricale	PIGEAUD
Médecine du Travail.....	BOURRET
Clinique médicale A	LEVRAT
Hygiène et Action sanitaire et sociale.....	SOHIER
Clinique médicale infantile et Hygiène du premier âge.....	BERNHEIM
Biologie médicale et pharmacodynamie.....	JOURDAN
Botanique et cryptogamie.....	NETIEN
Clinique chirurgicale C	BERTRAND
Chimie analytique pharmaceutique.....	BADINAND
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON
Médecine légale et déontologie.....	ROCHE
Parasitologie et Pathologie exotique.....	COUDERT
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie	MOUNIER-KUHN
Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie	THIERS
Clinique de pneumo-phtisiologie.....	BRUN
Clinique traumatologique des membres.....	J. CREYSSSEL
Cancérologie	DARGENT
Anatomie pathologique.....	GUICHARD
Pathologie générale et expérimentale.....	P. GIRARD
Anatomie	LATARJET
Pathologie chirurgicale	PEYCELON
Thérapeutique	M. GIRARD
Pathologie médicale	VACHON
Physio-pathologie des voies respiratoires.....	GALY
Histologie et embryologie	XXX
Radiologie	PAPILLON
Clinique des maladies infectieuses	JEUNE
Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie sociale..	GONIN
Bactériologie	MONNET
Physiologie et pathologie obstétricales	BANSSILLON
Physiologie B	CHATONNET
Clinique des maladies endocrinologiques	GUINET
Clinique de Chirurgie orthopédique	TRILLAT
Clinique de Stomatologie	FREIDEL

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine.....	MM. BERGER
Technologie pharmaceutique	DORCHE
Physiologie	J.-F. CIER
Bactériologie	A. BERTOYE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN
Pharmacie chimique et Pharmacologie	A. CIER
Chimie organique et Toxicologie	PERROT

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Médecine

Anatomie pathologique.....	MM. FEROLDI
Chimie biologique et médicale.....	R. CREYSSEL
Anatomie	DUROUX
Thérapeutique	BRETTE
Histologie	DUMONT
Hygiène	THIVOLET
Parasitologie	GARIN
Physique	MORET
Anatomie	A. BOUCHET
Anatomie pathologique	M. TOMMASI
Hygiène	G. RIFFAT
Pathologie expérimentale	M. JOUVET
Hématologie	J. FAVRE-GILLY

Pharmacie

Botanique et cryptogamie	L. ODDOUX
Chimie analytique	R. MALLEIN
Chimie biologique	J. GRAS
Physique	J.-O. PEYRIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Chargés d'enseignement

Médecine générale	M. PONT	Médecine légale	COLIN
Médecine générale	G. VIGNON	Médecine du Travail	TOLOT
Médecine générale	L. REVOL	Neuro-psychiatrie	J. GUYOTAT
Médecine générale	PLAUCHU	Neuro-psychiatrie	B. SCHOTT
Médecine générale	TRAEGER	Obstétrique	DUMONT
Chirurgie générale	P. MARION	Ophthalmologie	BONAMOUR
Chirurgie générale	MICHAUD	Urologie	L. DURAND
Chirurgie générale	JACQUET DE BRATJEU	Médecine générale	A. GARDE
Chirurgie générale	J. SAUTOT	Médecine générale	A. PERRIN
Chirurgie générale	G. RULLMANN	Médecine générale	F. LABRE
Obstétrique	BURTHIAULT	Médecine générale	R. MORNEX
Oto-rhino-laryngologie	GIGNOUX	Médecine générale	J. NORMAND
Pédiatrie	R. FRANÇOIS	Chirurgie générale	G. MARET
Médecine générale	M. DEVIC	Chirurgie générale	J. DESCOTES
Médecine générale	DESPIERRES	Electro-radiologie	J.-L. CHASSARD
Chirurgie générale	DE MOURGUES	Neuro-chirurgie	G. ALLEGRE
Chirurgie générale	FRANCILLON	Ophthalmologie	R. HUGONNIER
Chirurgie générale	SAUBIER	Orthopédie	R. FAYSSÉ
Dermatologie et Syphiligraphie	COLOMB	Oto-rhino-laryngologie	J. GAILLARD
		Pneumo-phthisiologie	J.-C. KALB

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DARGENT, Président ; MAGNIN, MATHIEU, DESPIERRES, Assesseurs.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1962 — N° 210

LE CANCER DE L'ESTOMAC AU COURS DE L'ÉTAT GRAVIDO - PUERPÉRAL.

ETUDE CLINIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 DÉCEMBRE 1962

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

MOLINIÉ Claude

Interne des Hôpitaux de Lyon

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 3 Décembre 1937 à METZ (Moselle)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1962

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Leur affection et leur exemple demeurent mes
meilleurs guides.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553211_0010

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DARGENT

Bien que nous n'ayons pas eu la joie de compter parmi ses élèves, il nous a accueilli et a mis à notre disposition les documents qu'il possédait avec la plus grande bienveillance.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé MAGNIN

Nous le remercions d'avoir bien voulu juger ce travail. Qu'il soit assuré de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Agrégé MATHIEU

Au cours d'un semestre passé auprès de lui nous avons admiré la rigueur de sa pensée et la leçon d'humanité qu'il nous donnait.

Nous sommes heureux de lui exprimer notre respectueuse gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé DESPIERRES

Nous avons beaucoup aimé la gentillesse de son accueil, sa bonté à l'égard de tous, la pondération de ses jugements. Puissions-nous garder sa leçon.

Nous le remercions vivement de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de faire partie de notre jury.

A Monsieur le Docteur E. ROCHET

Il a conduit nos premiers pas en obstétrique avec le bon sens et l'affabilité qui donnent tant d'attrait à son enseignement.

Il nous a guidé dans ce travail qu'il nous a fait l'honneur de nous confier.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Professeur LEVRAT

A Monsieur le Professeur VACHON

A Monsieur le Professeur Agrégé DESJACQUES

A Monsieur le Docteur P. DUBOIS

A Monsieur le Docteur J. RONIN

En consentant à nous confier leurs documents,
ils ont permis la réalisation de ce travail. Nous
leur exprimons notre vive reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

Monsieur le Professeur J. MARION

Monsieur le Docteur J. MATHIEU

Monsieur le Professeur P. MOUNIER-KUHN

Monsieur le Docteur J. PERRIN

Monsieur le Docteur G. VIGNON

Monsieur le Docteur H. NAUSSAC

Externe en Premier :

Monsieur le Docteur G. DESPIERRES

Monsieur le Docteur E. ROCHET

Monsieur le Professeur DUCLOS

Monsieur le Docteur H. NAUSSAC

A Monsieur le Médecin-Général BORON

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes

A Monsieur le Médecin-Colonel CAMELIN

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes

A TOUS NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES
ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A NOS CAMARADES
DE L'EXTERNAT ET DE L'INTERNAT

A NOS CAMARADES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

La fréquentation d'un service de Maternité montre combien est rare l'apparition ou l'évolution d'un cancer au cours d'une grossesse. La gravidité prête souvent aux affections qui l'accompagnent un caractère particulier, une symptomatologie et une évolution modifiées. Réciproquement certaines tumeurs influent sur le développement de la grossesse. Ces influences réciproques ont fait l'objet de nombreuses études concernant surtout les cancers génitaux. Les cancers digestifs et en particulier gastriques ont, du fait de leur rareté, beaucoup moins attiré l'attention.

A l'occasion d'un cas récent d'évolution concomitante d'un cancer gastrique et d'une grossesse — dont notre Maître, le Dr E. Rochet, a bien voulu nous confier l'observation — nous avons recherché des observations analogues afin de définir les caractères particuliers à cette association morbide.

Nous avons pu recueillir à Lyon cinq autres observations récentes inédites de cancers gastriques ayant débuté ou évolué au cours d'une grossesse.

OBSERVATION N° I

Que nous devons à l'obligeance de **M. le Docteur Desjacques** :

Madame S... Germaine, 30 ans, entre à l'hôpital Edouard-Herriot, dans le Service du Dr Desjacques, le 26 juillet 1949.

On relève dans ses **antécédents** deux accouchements dont le dernier remonte à deux mois. La malade, qui était mal réglée pendant les six mois précédant cette grossesse, n'a pas eu de retour de couches. Aucune particularité n'est relevée concernant le cours de la gestation.

L'histoire de son affection débute aussitôt après l'accouchement, dès le lever, par des douleurs épigastriques à type de crampes évoluant par paroxysmes sur un fond douloureux permanent, accompagnées de nausées et de vomissements, survenant deux fois par jour, cinq à six heures après les

repas. Deux hématoméses ont été notées. La malade se plaint en outre d'anorexie, d'éruptions fétides et d'une constipation opiniâtre.

L'altération de l'état général se traduit par un amaigrissement de 5 kg en deux mois.

A l'examen : la palpation provoque une douleur sous-costale gauche irradiée dans le dos. Le foie est normal ; il n'y a pas de ganglion sus-claviculaire. L'examen cardiaque et pulmonaire est normal, la tension artérielle à 11. Il existe un petit goitre nodulaire.

La radioscopie montre la présence de liquide gastrique à jeun et d'une image de sténose pylorique. Sur les radiographies, un aspect lacunaire pré-pylorique fait envisager l'hypothèse d'un néoplasme remontant jusqu'à l'angulus.

Le 27 juillet 1949, intervention (Dr Desjacques, Touraine), sous anesthésie générale : incision médiane ; cancer de l'antrum gastrique ; ganglions, devant la petite courbure, devant la tête du pancréas, un ganglion sur le bord supérieur du pancréas, vers la gauche, des ganglions sous-pyloriques. Gastrectomie type Billroth II emportant les ganglions.

Examen de la pièce : cancer ulcériforme de la petite courbure, grand comme une pièce de vingt francs, à fond lisse, à bords bourgeonnants. La sténose laisse facilement passer un doigt.

Examen histologique (Prof. A. Guichard) : « Les bords de l'ulcération sont constitués par des glandes gastriques normales ; le fond de l'ulcération elle-même est constitué par un épithélioma atypique à cellules épithéliales isolées, non groupées, sans différenciation glandulaire et isolées dans un tissu conjonctif. En profondeur : muscularis mucosæ encore visible, non dissociée. Plus profondément musculature normale, bien conservée quoique disséquée par la sclérose.

La sous-muqueuse est par places très épaisses et, dans son tissu fibreux, nous avons observé une embolie néoplasique à boyaux pleins dans un capillaire lymphatique.

L'épithélioma atypique et ulcéré de l'estomac est certain. La muqueuse normale sur les bords de l'ulcération, la persistance de la musculature dans le fond de l'ulcération néoplasique sont contre le diagnostic d'ulcère transformé.

Ganglion lymphatique normal. »

Les suites de l'intervention sont simples et la malade quitte l'hôpital le 16 août 1949.

Hospitalisée à nouveau le 11 avril 1951, elle se plaint de douleurs abdominales surtout droites et de douleurs lombaires. Elle présente des leucorrhées presque continues. Mais l'état général est bon : elle a repris du poids et digère normalement.

On perçoit à la palpation une énorme masse à la partie basse et droite de l'abdomen, masse également perçue par le toucher vaginal.

Le 12 avril 1951, intervention (Dr Desjacques, Blanchet) sous anesthésie générale - Incision médiane : grosse tumeur ovarienne droite, de la taille d'une tête d'enfant, qui se fissure. Castration droite. A gauche : tumeur de la taille d'une orange. Castration gauche.

L'examen des pièces montre des deux côtés un aspect irrégulier, des masses jaunâtres et solides.

Examen histologique (Prof. A. Guichard) : « Epithélioma glandulaire et mucipare colloïde des deux ovaires.

Tumeur de Krukenberg probable d'origine digestive. On observe dans l'ovaire, en effet, soit des formations glandulaires typiques à épithélium cylindrique haut d'un épithélioma glandulaire, soit des cellules isolées en chaton de bague dont la nature mucoïde ou muco-sécrétante est certaine. »

La malade quitte l'hôpital le 29 avril 1951 mais **elle y entre à nouveau le 5 septembre 1951.**

Depuis juillet sont apparues des douleurs épigastriques violentes suivies de vomissements bilieux. Lors de l'hospitalisation ces douleurs sont devenues paroxystiques, durant quelques secondes, survenant toutes les cinq minutes pendant cinq à six heures. Elles sont accompagnées de vomissements alimentaires sans horaire régulier et d'une constipation opiniâtre.

Par ailleurs, en juin, s'est développée une tuméfaction du sein gauche et, peu après, une autre tuméfaction est apparue dans le sein droit. La tumeur du sein gauche adhère aux plans profonds et aux plans superficiels avec rétraction du mamelon. Il existe une adénopathie axillaire gauche. La tumeur du sein droit, dans le quadrant supéro-externe, mal limitée, n'adhère pas aux plans profonds mais commence à rétracter le mamelon. Il n'y a pas d'adénopathie axillaire droite.

L'examen révèle en outre une adénopathie sus-claviculaire gauche.

Les radiographies gastriques sont d'aspect normal.

Fin septembre une métastase au niveau de la septième vertèbre dorsale est traitée par radiothérapie.

Le 10 octobre 1951, la malade présente une aggravation de son état général avec température, vomissements bilieux, péristaltisme, douleurs intenses, ballonnement.

Intervention (Dr Desjacques, Gilloy, Treppoz), sous anesthésie générale. Incision médiane : il existe un rétrécissement néoplasique unique à la partie moyenne du grêle ; intestin très dilaté en amont. Anastomose latéro-latérale.

Les suites sont marquées par une température oscillante entre 37°5 et 40°, une baisse progressive de l'état général et la malade meurt le 5 novembre 1951.

Il s'agit **en somme** d'une femme qui a vu apparaître dans les jours suivant son deuxième accouchement les premières manifestations d'un cancer gastrique ; le début réel de celui-ci peut donc être situé au plus tard en fin de grossesse. Malgré une intervention précoce l'issue a été fatale vingt-neuf mois plus tard, par généralisation du néoplasme.

OBSERVATION N° 2

Que nous devons à l'obligeance de **M. le Professeur Dargent** :

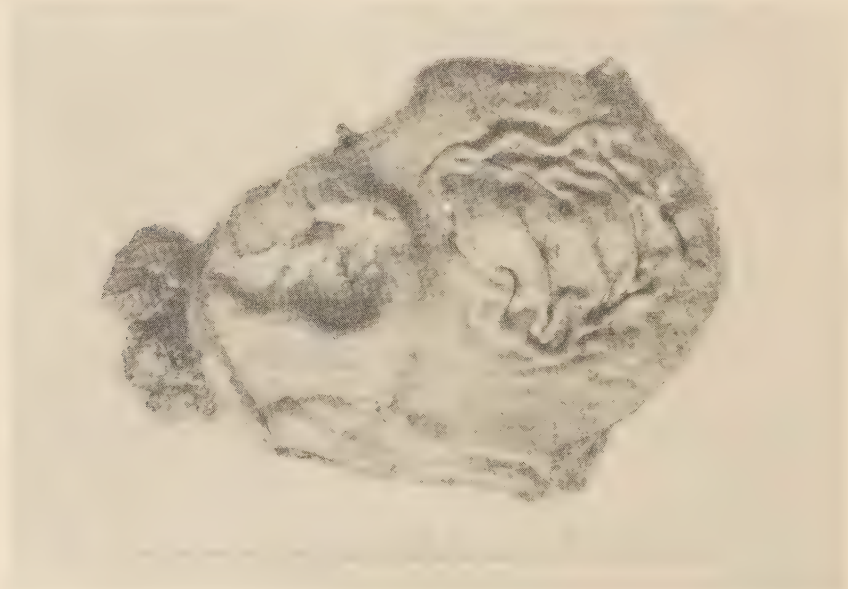
Madame C., Philomène, 25 ans, mère de trois enfants, sans antécédent pathologique notable, consulte le 23 février 1950 en raison de douleurs épigastriques assez atypiques évoluant depuis ses dernières couches, huit mois auparavant, accompagnées d'un amaigrissement progressif et d'un important prurit.

A l'examen : on perçoit une tumeur très mobile, allongée transversalement dans la région sus-ombilicale, de la taille d'une orange.

Les radiographies gastriques montrent une amputation presque totale de l'antrum pylorique. Ni les changements de position, ni la compression, ni la morphine ne font varier l'image.

La numération-formule sanguine est la suivante (7 mars 1950) :

— Globules rouges	: 3.788.000 par mm ³
— Globules blancs	: 9.100 par mm ³
— Hémoglobine	: 73 %
— Valeur globulaire	: 0,96
— Polynucléaires neutrophiles	: 61 %
— Polynucléaires éosinophiles	: 2 %
— Monocytes	: 10 %
— Lymphocytes	: 27 %



Mme C. Philomène : pièce opératoire.

— Examen des hématies : anisocytose et poikilocytose ; pas d'hématies nucléées.

Le 9 mars 1950, intervention (Prof. Dargent) : gastrectomie des deux tiers par la technique de Billroth.

Examen de la pièce : ulcération sous-muqueuse.

Histologie : épithélioma très atypique, ganglion envahi.

Le 19 mai 1950, la malade se plaint de douleurs à prédominance nocturne sous les fausses côtes gauches, apparues depuis huit jours.

Elle a repris 5 kg. L'examen ne trouve rien localement, mais on note une tumeur intra-dermique au-dessus de la rotule gauche et une petite tumeur à la racine de la cuisse droite.

Le 25 août 1950, la malade se plaint de douleurs lombaires et de la réapparition du prurit. L'examen ne montre rien au niveau de l'estomac mais on perçoit au toucher vaginal un gros ovaire gauche (tumeur de Krukenberg?). La reprise de poids est de 10 kg.

La malade meurt le 5 novembre 1950.

En somme cette malade a présenté aussitôt après son troisième accouchement un cancer gastrique dont elle est morte seize mois après les premiers symptômes, malgré la gastrectomie.

OBSERVATION N° 3

Qui a constitué le point de départ de ce travail, nous a été confiée par **M. le Docteur E. Rochet** :

Madame T... Raymonde, 41 ans, VI-geste, IV-pare, normalement réglée, a eu successivement deux accouchements normaux en 1935 et en 1940, une fausse couche au deuxième mois de grossesse, non compliquée, un accouchement normal en 1942, une fausse couche au troisième mois de grossesse en 1949, ayant nécessité un curetage utérin.

Le 22 novembre 1950, elle entre à l'hôpital Desgenettes pour un syndrome de sténose pylorique dont le début remonte à juin 1950 : douleurs épigastriques d'horaire tardif et vomissements contenant des aliments ingérés les jours précédents. L'état général est très altéré : poids 31 kg, anémie à 3.000.000 de globules rouges, protéines sériques à 59 grammes par litre.

La radiographie montre une importante dilatation gastrique avec sténose serrée du pylore.

Le 27 novembre 1950, intervention : gastrectomie selon la technique de Billroth II. L'estomac apparaît très dilaté ; on perçoit une masse indurée dans la région pylorique, des ganglions le long de la grande courbure et dans la région sous-pylorique.

Les suites de l'intervention sont simples.

Examen anatomo-pathologique : ulcère calleux avec réaction fibreuse extrêmement importante et étendue à toute la paroi, réaction qui pénètre lar-

gement à l'intérieur du muscle. Le fond de l'ulcération est occupé par un tissu de granulation avec néo-vasseaux, infiltrat inflammatoire à polynucléaires, plasmocytes et lymphocytes. Mais en un point de l'une des coupes de la paroi gastrique on note l'existence de boyaux dont la nature épithéliomateuse ne peut être mise en doute en raison d'une part de la situation de ces boyaux dont quelques-uns franchissent la muscularis mucosæ, d'autre part de la présence de cellules présentant des monstruosités certaines. Il s'agit par conséquent d'un **épithélioma** développé sur un ulcère préexistant, vraisemblablement épithélioma de type glandulaire infiltrant. La stroma-réaction est considérable.

Par ailleurs, sur l'un des ganglions examinés, on peut voir, localisés en particulier sous la capsule, des lymphatiques avec boyaux épithéliomateux discrets mais certains et qui dessinent des tubes de type glandulaire. Quelques-unes de ces images se retrouvent à l'intérieur même du ganglion, par ailleurs atteint de fibrose accentuée. Il s'agit en somme d'une **métastase débutante de l'épithélioma gastrique.** »

Le 30 juin 1951, la malade est revue en consultation. Son état général s'est amélioré : elle a repris 13 kg. La digestion se fait facilement. La cicatrice de laparotomie reste souple et indolore. La radiographie montre une bouche d'anastomose s'évacuant bien mais d'aspect rigide. Il existe par ailleurs une **grossesse** de quatre mois et demi, les dernières règles remontant à janvier 1951.

Jusqu'au septième mois, le cours de la grossesse est normal mais, en septembre, apparaissent un hydramnios et un œdème des membres inférieurs sans albuminurie. Tension artérielle : 16/8.

L'accouchement survient prématurément au huitième mois, le 28 septembre 1951. **La présentation de l'épaule**, en acromio-postérieure droite, nécessite une version par manœuvres internes et une extraction manuelle. L'enfant est une fille de 2 kilogrammes.

Les suites de couches sont marquées par une anémie à 2.950.000 globules rouges et par la découverte d'une masse volumineuse dans le cul-de-sac de Douglas, évoquant une récurrence néoplasique péritonéale. Le foie est légèrement hypertrophié et dur. Il n'y a ni température, ni trouble fonctionnel digestif : l'appétit est conservé, le transit normal. L'anémie persiste malgré la transfusion de sang.

En janvier 1952 apparaît un nodule sous-cutané axillaire gauche (ganglion?).

La malade meurt le 7 octobre 1952, soit vingt-huit mois après les premiers symptômes, vingt-trois mois après la gastrectomie, douze mois après l'accouchement.

En somme, il s'agit d'une malade qui a présenté au cours d'une grossesse une récurrence métastatique d'un cancer gastrique extirpé deux mois avant le début de la gravidité. L'accouchement prématuré dystocique est probablement la conséquence d'une métastase dans le cul-de-sac de Douglas. La survie après l'accouchement a été d'une année.

OBSERVATION N° 4

Que nous devons à l'obligeance de **M. le Docteur Desjacques** :

Madame A... Antoinette, 34 ans, entre à l'hôpital Edouard-Herriot, dans le Service du Dr Desjacques, le 6 novembre 1954.

On relève dans ses **antécédents** une diphtérie à 8 ans, une paratyphoïde à 26 ans. Régliée à 13 ans, elle a eu deux fausses couches et deux enfants, le dernier étant né un mois avant son hospitalisation actuelle.

Depuis sept ans environ, la malade souffre de douleurs épigastriques post-prandiales tardives sans périodicité.

Au cours de la dernière grossesse qui débute en janvier 1954 apparaissent des vomissements tardifs par rapport aux repas (trois à quatre heures après), précédés de douleurs épigastriques à type de torsion que calment les vomissements. Ceux-ci contiennent des caillots de sang ; ils persistent pendant les neuf mois de la grossesse.

Après l'accouchement, le 7 octobre 1954, on découvre une petite masse épigastrique.

Lorsque la malade entre à l'hôpital, un mois plus tard, elle se plaint de pesanteurs douloureuses épigastriques post-prandiales et de quelques vomissements. L'état général est bon.

A l'examen, on perçoit au niveau du creux épigastrique une masse non douloureuse, mobile, irrégulière, de la taille d'un œuf de poule.

Le reste de l'examen clinique est normal.

Les radiographies gastriques montrent un aspect lacunaire antral en virole.

Le 9 novembre 1954, intervention (Dr Desjacques, Gonnot) sous anesthésie générale. Incision médiane : tumeur sténosante pré-pylorique, quelques ganglions sous-pyloriques et de la petite courbure. Gastrectomie type Billroth II.

La pièce présente à l'examen une tumeur pré-pylorique bourgeonnante de la taille d'une pièce de cinq francs ; deux ganglions sous-pyloriques sont envahis.

Examen histopathologique (Prof. A. Guichard) : « Epithélioma typique et infiltrant muco-sécrétant de l'estomac ; ganglions envahis ».

Les suites de l'intervention sont compliquées :

1^o) par une hyperthermie oscillant entre 38°5 et 40°, apparue le quatrième jour. L'hémoculture est négative. La numération-formule sanguine donne les résultats suivants :

— Globules rouges	: 3.380.000
— Globules blancs	: 18.000
— Polynucléaires neutrophiles	: 78 %
— Lymphocytes	: 7 %
— Moyens mononucléaires	: 9 %
— Monocytes	: 6 %

L'examen clinique révèle une parotidite et une sensation de contact lombaire gauche. La ponction postérieure, pratiquée le 24 novembre 1954, est négative. Du pus apparaît au niveau de la cicatrice d'intervention.

2°) le 15 décembre 1954 survient une grande hématomérose avec chute tensionnelle à 6, traitée par transfusion sanguine et coagulants.

La malade quitte l'hôpital le 8 janvier 1955.

Elle est à nouveau hospitalisée le 14 novembre 1955 en raison de petites métrorragies survenues une quinzaine de jours après les dernières règles (8 octobre) qui avaient été plus abondantes que d'habitude.

A l'examen, le ventre est souple, mais il existe un petit noyau dur sur le côté droit de la cicatrice sus-ombilicale. Au toucher vaginal on perçoit deux tumeurs ovariennes de la taille d'un citron. Le reste de l'examen est normal.

Le 15 novembre 1955, intervention (Dr Desjacques, Colon), sous anesthésie générale. Incision médiane : « Un peu de liquide péritonéal ; utérus tout petit ; une tumeur ovarienne de chaque côté, grosse comme un citron. Hystérectomie subtotale. Pas d'appendicectomie. »

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit de tumeurs solides.

Examen histopathologique (Dr Féroldi) :

1°) « Le fragment comporte un tissu fibromyomateux bordé par un revêtement péritonéal légèrement scléreux dans lequel on n'observe aucun élément cellulaire qui permette de penser à un épithélioma.

2°) La corticale ovarienne est infiltrée par un épithélioma de structure tantôt glandulaire typique, tantôt très atypique, constitué de cellules isolées en chaton de bague.

3°) Ovaire droit : l'aspect est absolument superposable à celui observé au niveau de l'ovaire gauche, avec cette différence que les tubes glanduliformes paraissent nettement plus nombreux. »

Dans les **suites opératoires** survient une poussée fébrile ne dépassant pas 39°, cédant au traitement antibiotique.

La malade sort le 12 décembre 1955.

Le 3 mai 1956, en raison d'une hyperthermie persistant depuis trois semaines, autour de 38°, s'élevant parfois jusqu'à 39° **la malade entre à nouveau à l'hôpital.**

Il existe une induration à la partie moyenne du bord droit de la cicatrice de laparotomie, interprétée comme une récidive cutanée.

Le 5 mai 1956, intervention (Dr Desjacques, Deplagne) sous anesthésie générale : « Sous la peau on trouve une nappe fibreuse développée autour des fils de nylon. Ablation aussi étendue que possible. »

Examen histologique (Dr Féroldi) : « Le fragment est une nappe fibreuse ne pouvant être interprétée comme une récidive de néoplasme. »

Sortie le 18 mai 1956, les suites opératoires ayant été simples, **la malade revient** le 18 octobre 1956, souffrant depuis un mois de vomissements avec anorexie et amaigrissement important et de douleurs lombaires bilatérales. La température est à 38°5.

A l'examen, on perçoit une tumeur épigastrique sous la cicatrice. Le reste de l'examen est normal.

La malade sort le 31 octobre 1956. L'issue fatale proche ne fait pas de doute mais on en ignore la date.

Il s'agit **en somme** d'une gastralgique ancienne ayant présenté au cours d'une grossesse des vomissements dont les caractères permettent d'affirmer que le cancer palpé juste après l'accouchement existait déjà pendant la gravidité. L'évolution a dépassé deux ans.

OBSERVATION N° 5

Que nous devons à l'obligeance de **M. le Professeur Vachon** :

Madame G... Lucienne, 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le Service du Professeur Vachon, le 4 août 1958.

On relève dans ses **antécédents** un ictère infectieux bénin à l'âge de 12 ans. En juin 1953 des douleurs lombaires persistantes amènent à pratiquer une urographie intra-veineuse qui est normale. En 1954 et en 1955 elle consulte son médecin à plusieurs reprises pour des douleurs sous-costales droites accompagnées de céphalées et de vomissements. Des radiographies gastriques et vésiculaires pratiquées en juin 1955 s'avèrent normales. Au cours de l'année 1956 persistent des céphalées avec asthénie. Réglée à l'âge de 14 ans, elle est mère de trois enfants et a présenté une fausse couche en 1953.

Le 28 mai 1958 apparaît une douleur épigastrique accompagnée de nausées, sans vomissements, sans ictère. Les jours suivants la malade présente des vomissements bilieux, deux fois par semaine environ ; elle maigrit et devient très asthénique.

Une quinzaine de jours avant son hospitalisation, les vomissements deviennent quotidiens, sans horaire précis, accompagnés de douleurs épigastriques. Une tuméfaction sus-ombilicale apparaît. La malade se plaint en outre de constipation.

A l'examen abdominal, le 4 août, on perçoit une masse épigastrique nodulaire, légèrement douloureuse à la palpation, interprétée comme une hypertrophie du lobe gauche du foie. Le lobe droit est également augmenté de volume mais peu dur.

L'utérus est gravide d'environ trois mois.

Hormis un teint pâle et jaune, le reste de l'examen est normal.

Les radiographies gastriques révèlent une déformation pré-pylorique avec une niche et des encoches de la grande courbure en regard.

Les cholécystographies sont normales.

La numération globulaire montre une anémie à 2.760.000 globules rouges avec une valeur globulaire à 0,7 - Prothrombine : 77 % ; tests hépatiques non perturbés.

Le diagnostic est celui de cancer gastrique avec métastase hépatique. Le 9 août 1958 on pratique une ponction-biopsie hépatique.

Examen histopathologique (Dr Plauchu) : « Pas de parenchyme hépatique visible : tous les petits fragments concernent les massifs pleins d'un épithélioma atypique très riche en mitoses et monstruosités nucléaires, sans différenciation précise et dont l'origine ne peut être déterminée en raison de l'exiguïté des fragments. »

Sortie le 26 août 1958, **la malade est à nouveau hospitalisée** le 6 septembre 1958 en raison de la réapparition de vomissements alimentaires et bilieux presque quotidiens parfois remplacés le matin par de simples nausées et par des vomissements glaireux. Il s'y ajoute des douleurs gastriques à type de brûlures, non déclenchées par l'alimentation, avec anorexie. L'état général a continué à s'altérer : amaigrissement de 2 kg en un mois.

A l'examen, l'hépatomégalie déborde les fausses côtes de quatre à cinq travers de doigt, dure et douloureuse. Il existe en outre une pyurie.

Le traitement permet une amélioration transitoire et, le 22 septembre 1958, la malade rejoint son domicile.

Le lendemain, 23 septembre 1958, au quatrième mois de grossesse, survient un avortement spontané d'un fœtus macéré. La malade meurt le 3 octobre 1958.

En somme, chez cette dyspeptique ancienne apparaît en mai 1958, coïncidant avec le début d'une grossesse, une modification des troubles antérieurs qui, grâce à des investigations complémentaires, conduit à poser le diagnostic de cancer gastrique. Celui-ci évolue très rapidement puisqu'elle meurt quatre mois plus tard, après avoir spontanément avorté, sans qu'il ait été possible de tenter un geste curateur.

OBSERVATION N° 6

Que nous devons à l'obligeance de **M. le Professeur Levrat** :

Madame K... Rita, 22 ans, entre à l'hôpital Edouard-Herriot, dans le Service du Professeur Levrat, le 27 février 1960.

On relève dans ses **antécédents** deux grossesses. La première, deux ans auparavant, avait déjà donné lieu à des vomissements importants. Au cours de la deuxième grossesse qui débuta un an avant son entrée à l'hôpital, elle présenta des vomissements incoercibles qui ne rétrocédèrent pas à la fin du troisième mois et un syndrome douloureux épigastrique post-prandial. A cette époque des radiographies gastriques avaient été pratiquées en Allemagne. On sait qu'elles n'étaient pas normales et la malade avait été invitée à consulter à nouveau à l'issue de sa grossesse ; mais elle ne peut préciser la nature des anomalies constatées.

Après l'accouchement, sur lequel on ne possède pas de renseignement, vomissements et douleurs persistent. Par trois fois au moins surviennent des hématemèses sans melæna.

Au moment de l'hospitalisation l'état général de la malade est très altéré : asthénie, anorexie marquée, amaigrissement très important de 20 kg en trois mois. Elle vomit tous les aliments ingérés.

A l'examen, l'abdomen est souple, sans tumeur perceptible, mais la palpation de la région épigastrique, surtout à gauche, déclenche de violentes douleurs. Le reste de l'examen révèle des signes de déshydratation.

La numération-formule sanguine est la suivante :

— Globules rouges	: 3.150.000 par mm ³
— Hémoglobine	: 55 %
— Valeur globulaire	: 0,87
— Globules blancs	: 5.000 par mm ³
— Polynucléaires neutrophiles	: 56 %
— Polynucléaires éosinophiles	: 6 %
— Lymphocytes	: 12 %
— Moyens mononucléaires	: 10 %
— Monocytes	: 15 %

Les radiographies gastriques montrent un défilé irrégulier et tortueux du corps de l'estomac suivi d'une image de dilatation antrale.

Le diagnostic est celui de cancer infiltrant du corps de l'estomac.

Le 9 mars 1960, intervention (Prof. Peycelon) : « Laparotomie. - Néoplasme occupant toute la partie inférieure de l'estomac, du volume de deux poings. Par ailleurs, généralisation diffuse : ascite, multiples granulations disséminées sur tout l'épiploon, le péritoine, le mésentère et même le pelvis.

Toute exérèse est impossible. La laparotomie reste exploratrice. Suture pariétale. »

Examen histo-pathologique : « Le fragment apparaît comme un tissu péritonéal très richement vascularisé et dans lequel on note la présence de très nombreuses cellules muco-sécrétantes en chaton de bague, soit isolées, soit disposées en amas arrondis : épithélioma muco-sécrétant de l'estomac à cellules en chaton de bague. »

Les suites opératoires sont simples localement mais l'état général reste précaire.

Le 26 mars 1960, la malade rejoint son domicile. Elle meurt au mois de juillet 1960.

En résumé, cette femme de 22 ans, qui avait déjà vomi, au cours de sa première grossesse, a vu apparaître au début de sa seconde gravidité les premiers signes d'un cancer gastrique. Le diagnostic n'en est posé que trois mois après l'accouchement et l'extension du néoplasme la met alors au-delà de toute ressource thérapeutique. La durée totale de l'évolution, difficile à évaluer en raison de l'imprécision du début de la maladie, est approximativement d'un an et demi.

Ces observations nous ont amené à rechercher celles dont fait état la littérature, afin de préciser les particularités sémiologiques et évolutives de l'association du cancer gastrique à l'état gravido-puerpéral. Nous avons pu recueillir 80 observations, mais beaucoup sont incomplètes ou très succinctes et exploitables seulement de façon partielle. Aussi les chiffres que nous donnerons ne sauraient-ils évaluer qu'un ordre de grandeur, sans prétendre à une valeur statistique réelle.

Nous étudierons successivement :

- les particularités étiologiques,
 - les manifestations cliniques du cancer gastrique au cours de la grossesse,
 - les problèmes du diagnostic,
 - l'influence du cancer gastrique sur la grossesse,
 - l'influence de la grossesse sur le cancer gastrique.
 - Nous envisagerons enfin brièvement les principes directeurs des traitements appliqués par les différents auteurs.
-

ÉTIOLOGIE

FRÉQUENCE.

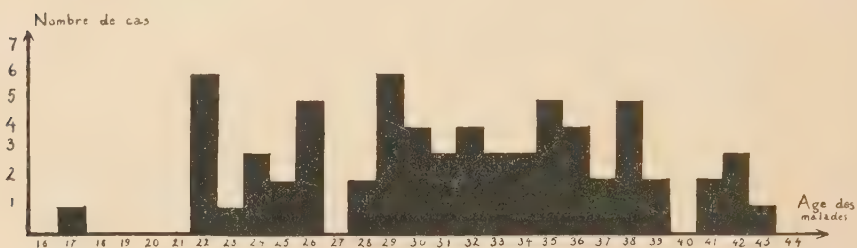
La fréquence du cancer gastrique chez la femme enceinte est très difficile à apprécier. Souvent, c'est en dehors d'un service de Maternité que le diagnostic en est porté et les statistiques de ce service ne pourront donc pas être exactes à ce propos. Les cas sont en effet nombreux où l'affection est découverte après un accouchement normal, l'interrogatoire permettant seul de préciser le début per-gravidique du néoplasme. Ailleurs, le cancer a déjà atteint un stade avancé dès le début de la grossesse, avant que la malade ne soit prise en charge par un médecin accoucheur. Les six observations que nous rapportons illustrent ce fait : cinq d'entre elles proviennent de services de chirurgie ou de médecine générales.

Certains auteurs ont cru cependant pouvoir avancer des chiffres. Le Grace Hospital, de Detroit (U.S.A.), a reçu entre 1944 et 1948 : 27.586 femmes enceintes parmi lesquelles une seulement, soit 0,003 %, a présenté un cancer de l'estomac associé. R.P. Reynolds, M.O. Cantor et H. Henderson qui donnent cette statistique estiment que la fréquence y est encore surestimée. Le fait d'avoir pu réunir à Lyon six observations récentes, deux autres ayant fait l'objet d'une publication de M. A. Guichard, Mme Gilly, MM. Cuffia et Besset en 1961, nous donne à penser plutôt le contraire.

Il n'en reste pas moins que cette association est rare. A cela deux explications sont données : en premier lieu, la moins grande fréquence du cancer gastrique chez la femme : F.X. Lesbre, sur 400 cas, la chiffre à 43,2 % ; P. Desbordes, sur 319 cas, trouve 35 % de femmes. En second lieu et surtout il existe un important

décalage entre l'âge habituel de la grossesse et l'âge de fréquence maximum du cancer gastrique qui se situe nettement au-delà de la ménopause, dans la septième décennie (F.X. Lesbre et P. Desbordes).

L'ÂGE.



Fréquence du cancer gastrique associé à l'état gravido-puerpéral
en fonction de l'âge.

Le graphique représentant la fréquence des cas de l'association étudiée en fonction de l'âge, établi sur les soixante-sept observations où celui-ci est précisé, montre que c'est entre 30 et 40 ans que cette fréquence est la plus élevée. La moyenne d'âge, calculée sur l'ensemble des malades, est à peine supérieure à trente et un ans. Ce fait s'explique suffisamment si l'on considère que cette période de la vie de la femme est également celle où la grossesse est la plus fréquente. L'association du cancer gastrique à la grossesse peut néanmoins être rencontrée tout au long de la vie génitale puisque notre observation n° 5 concerne une femme de quarante-cinq ans alors que M. Faustyniak a publié en 1950 le cas d'une jeune femme de dix-sept ans atteinte d'un cancer gastrique au début de sa première grossesse.

LA PARITÉ.

Polano, en publiant en 1904 les observations de deux cas, l'un chez une IV-geste, l'autre chez une V-geste, insistait sur l'influence de la multiparité dans l'apparition du cancer.

Cette impression ne s'est pas confirmée.



Fréquence du cancer gastrique associé à l'état gravido-puerpéral en fonction du nombre de grossesses.

Le nombre des grossesses est précisé dans cinquante-six observations. Vingt-sept concernent des primigestes ou des secondigestes, soit près de la moitié. On ne peut donc attribuer à la multiparité une influence propice à l'apparition d'un cancer gastrique.

LES ANTÉCÉDENTS.

Dans certaines observations sont signalés des antécédents qui, bien que peu fréquents, méritent d'être mentionnés car ils peuvent attirer l'attention sur une affection organique du tube digestif, facilitant ainsi le diagnostic.

C'est ainsi que les malades de Lindstedt (dans son observation n° 5), de M. Guichard, (dans son observation n° 1) et de notre observation n° 6 présentaient déjà des vomissements au cours d'une grossesse antérieure, suffisamment importants pour avoir attiré l'attention.

Les malades de Mathieu, de Bowers et Walters et de notre observation n° 1 se plaignaient de vomissements antérieurs à la grossesse au cours de laquelle le cancer gastrique s'est développé.

La malade de Bowers et Walters présentait en outre des douleurs épigastriques, antécédents douloureux également signalés dans les observations de Horta Barbosa et dans notre cas n° 4.

La malade de Reynolds avait subi, quatre ans avant sa grossesse, une intervention pour ulcère gastrique.

Dans les observations de Stoeckel et de Frankl, enfin, ainsi que dans notre observation n° 3, les malades avaient subi peu avant le début de leur grossesse une gastrectomie pour cancer, notion qui rendait presque évident le diagnostic de récurrence, locale dans le premier cas, métastatique dans les deux autres, au cours ou à l'issue de la grossesse.

Parmi les antécédents extra-digestifs ou génitaux, nulle part nous n'avons relevé d'affection susceptible d'apporter une aide quelconque au diagnostic.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

SIGNES FONCTIONNELS

Les vomissements.

La symptomatologie fonctionnelle du cancer gastrique au cours de la grossesse est dominée par l'apparition de vomissements. Nos observations n^{os} 1, 4, 5 et 6 confirment la prééminence de ce symptôme. Ils ne sont cependant pas constamment présents et leurs caractères séméiologiques varient d'un sujet à l'autre.

La date d'apparition des vomissements n'est pas fixe. Nous avons déjà signalé leur survenue possible avant le début de la grossesse. Souvent ils se confondent avec les vomissements banals des trois premiers mois. Parfois ils n'apparaissent qu'au cours des six derniers mois et cette date d'apparition tardive doit faire suspecter une affection organique du tractus digestif. Il est enfin des cas où seule la période post-partum est grevée de ce trouble fonctionnel.

Précédés ou accompagnés de nausées, les vomissements sont presque toujours alimentaires, sauf au stade ultime de l'affection. Toutefois la malade de notre observation n^o 5 présentait des vomissements bilieux. Le plus souvent ils surviennent peu après les repas. Cependant plusieurs observations, et en particulier notre cas n^o 4, font état de vomissements post-prandiaux tardifs. Ils prennent alors volontiers le caractère de vomissements de stade, moins fréquents et plus abondants.

L'évolution des vomissements au cours de la grossesse se fait en général dans le sens d'une aggravation progressive jusqu'à l'incoercibilité. Celle-ci peut apparaître d'emblée ou peu à peu,

parfois après une rémission de plusieurs mois comme le rapporte l'observation n° 2 de M. Guichard et collaborateurs : leur malade présente des vomissements d'abord incoercibles pendant les trois premiers mois de la grossesse, puis modérés du troisième au sixième mois, enfin à nouveau incoercibles pendant les trois derniers mois et après l'accouchement.

Dans le cas rapporté par Hartmann, des vomissements pénibles pendant toute la durée de la grossesse s'atténuaient lorsque celle-ci parvint à son terme mais persistèrent pendant cinq ans avant que ne soit posé le diagnostic de cancer gastrique avec métastase ovarienne.

Le fait que le traitement ou que l'accouchement atténuent parfois les vomissements montre que ce symptôme n'est qu'inconstamment la conséquence d'une stase gastrique. Il semble en réalité que la tendance émétique propre à la grossesse constitue le révélateur assez sensible de la lésion stomacale en faisant apparaître le symptôme vomissement en l'absence de toute sténose beaucoup plus facilement que chez la femme non gravide.

Les douleurs.

Les vomissements sont fréquemment accompagnés d'un syndrome douloureux ; ce dernier peut être isolé. La grossesse n'imprime pas aux douleurs du cancer gastrique un caractère bien particulier, aussi n'insisterons-nous pas sur ce symptôme. Elles sont souvent imprécises dans leur topographie et dans leur horaire d'apparition. Peu d'auteurs signalent un syndrome douloureux épigastrique post-prandial tel que celui de nos malades n°s 4 et 6. Dans la majorité des cas est relatée l'histoire de douleurs épigastriques sans horaire précis (notre cas n° 2) ou de douleurs abdominales dont les caractères ne sont pas détaillés. Parfois le siège est non plus épigastrique, mais dans l'hypochondre droit (notre observation n° 1). La malade de Kroepeit se plaignait de douleurs dorsales, celle de Pistofidis, de lombalgies et de douleurs scapulaires, celle de Rhenter et Lyonnet, de douleurs de la base de l'hémithorax droit. Lorsque les malades présentent une sténose pylorique les douleurs sont atténuées par les vomissements.

Parfois enfin la douleur est due à une métastase, mais c'est là un problème que nous envisagerons plus loin.

Certains caractères des douleurs doivent retenir plus particulièrement l'attention lorsqu'ils existent :

- la survenue en rapport chronologique précis et constant avec la prise d'aliments,
- le caractère oppressif,
- l'intensité croissante malgré les thérapeutiques sédatives.

Les troubles dyspeptiques ont un intérêt diagnostique plus grand et plusieurs auteurs insistent sur la valeur des éructations et surtout sur leur caractère fétide, signe de stase alimentaire, s'accompagnant volontiers de brûlures gastriques et parfois de pyrosis.

Les sensations de pesanteur, de ballonnement, sont souvent rencontrées. Il s'agit de signes banals en pathologie gastrique, mais on ne saurait trop insister sur l'utilité de leur mise en évidence par un interrogatoire soigneux chez la femme enceinte, car la conjonction de ces symptômes peut amener à suspecter une affection organique chez une gestante dont les troubles sont, à un examen superficiel, trop facilement mis sur le compte de la gravidité.

La constipation, parfois opiniâtre, est relevée par plusieurs auteurs. Elle ne présente pas de caractère particulier.

M. A. Guichard et ses collaborateurs notent des modifications qualitatives de l'appétit à propos de leur deuxième cas. Leur malade présentait une anorexie élective pour la viande rouge, contrastant avec l'hyperorexie marquée qu'elle présentait pour toutes les viandes au cours de ses grossesses précédentes. Cette électivité est considérée par les auteurs comme « infiniment spécifique du cancer gastrique. »

Le hoquet est signalé une seule fois, par E. Tiribochi.

Hématémèses - Melænas.

L'apparition d'un syndrome hémorragique macroscopique est un signe de haute valeur, mais il est peu fréquent.

Dans notre observation n° 4 l'interrogatoire a révélé la présence de caillots de sang dans les vomissements qui ont marqué les neuf

mois de la grossesse. La malade de notre observation n° 6 disait avoir présenté trois hématomèses. Notre malade n° 1 a fait une hématomèse après son accouchement. Il en est de même de la malade n° 1 de M. A. Guichard.

Dans la littérature, outre cette dernière observation, de Snoo seul fait mention d'une hématomèse au cours de la grossesse. Ayant constaté ce symptôme dans trois de nos six observations, cette rareté nous surprend.

Aucun des cas publiés ne mentionne de melæna important isolé. Seuls Rhenter et Lyonnet signalent la couleur noire des selles de leur malade tandis que dans l'observation n° 2 de Lindstedt, la présence de sang dans les selles fait partie d'un syndrome hémorragique général.

SIGNES GÉNÉRAUX

L'anémie.

A la rareté des hémorragies macroscopiques s'oppose la fréquence relative des hémorragies décelées par la réaction de Weber dans les selles. Lindstedt, Fischl, Rhenter et Lyonnet, Bowers et Walters, M. A. Guichard et collaborateurs, Anishchenko mentionnent ce symptôme. Il est vraisemblable qu'une recherche systématique l'aurait décelé bien plus fréquemment encore.

Cette spoliation sanguine a pour conséquence fréquente une anémie dont quelques auteurs précisent l'importance en donnant le résultat de la numération des globules rouges. Les chiffres sont compris entre 1.400.000 dans l'observation n° 1 de M. A. Guichard et collaborateurs et 3.800.000 dans l'observation n° 2 des mêmes auteurs. Dans plusieurs cas (notre observation n° 5, observations n° 2 de Schmid, n° 1 de M. A. Guichard, de Hagstrom et Brooklyn), la lame de sang révèle une polynucléose sanguine concomitante.

Un seul auteur, Lindstedt, dans son observation n° 2, fait mention d'un syndrome hémorragique général avec épistaxis, purpura, sang dans les selles, syndrome qui fit poser le diagnostic erroné de « purpura de Werlhof ».

E. Cova estime que l'état gravide accentue la tendance hémorragique en augmentant la fragilité vasculaire.

D'autres signes généraux sont très souvent rapportés, mais nous ne ferons que les citer car l'état gravide ne leur confère aucun caractère particulier : l'amaigrissement parfois modéré, parfois massif, qui, au cours de la grossesse, attire d'autant mieux l'attention que la malade devrait au contraire prendre du poids, l'asthénie, la fièvre qui peut revêtir tous les types, depuis le simple fébricule intermittent jusqu'aux grands clochers d'allure septicémique.

L'EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique de la femme enceinte présentant une symptomatologie digestive est parfois riche d'enseignements ; il s'agit alors de néoplasmes évolués.

Nous avons été frappé par le nombre des observations où une **tumeur épigastrique** était palpable, souvent précocément. Nous en avons relevé treize, parmi lesquelles nos observations n^{os} 2, 4 et 5. Dans cette dernière la tumeur épigastrique était perceptible dès le premier examen, au troisième mois d'une grossesse diagnostiquée à l'occasion de l'hospitalisation. Une semblable précocité était déjà notée dans le cas de Couvelaire. Plus souvent, c'est en fin de grossesse — sixième mois pour les cas de Polano (n^o 1), et de Cova, septième mois pour celui de Stoeckel, huitième mois pour celui de Sander et Lewin, neuvième mois pour celui de Burdsinsky — que la tuméfaction devient accessible à la palpation. Plus souvent encore ce n'est qu'à l'issue de la grossesse qu'apparaîtra ce maître symptôme, qu'il s'agisse d'un avortement provoqué (Lindstedt, cas n^o 5), d'un accouchement prématuré provoqué (Olshausen, Faustyniak), ou d'un accouchement spontané (M. A. Guichard, cas n^o 2, Dalseth, cas n^o 2 et nos observations n^{os} 2 et 5). Malheureusement c'est le signe d'un cancer déjà très évolué.

Les signes cliniques de **sténose pylorique** : ballonnement, clapotage, tension épigastrique intermittente, ondes péristaltiques, eux aussi très évocateurs, sont rarement mentionnés dans les obser-

vations bien que de nombreux auteurs attirent l'attention sur eux. Polano, dans son cas n° 2, Záborsky, M. A. Guichard et collaborateurs dans leur cas n° 1 en font état.

L'**ascite** est fréquente, mais de recherche difficile chez la femme gravide. Elle peut être soupçonnée sur l'augmentation anormalement rapide du périmètre abdominal. Sa mise en évidence apporte en cas de doute la preuve formelle de l'organicité des troubles allégués par la malade. Elle va le plus souvent de pair avec une métastase ovarienne ou hépatique, parfois avec une dissémination péritonéale de nodules néoplasiques.

La **tumeur ovarienne métastatique** est fréquemment le premier signe du cancer gastrique ; aussi l'examen clinique doit-il toujours être systématiquement complété par la recherche d'une diffusion du processus cancéreux.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF

L'étude des observations recueillies montre que le diagnostic de cancer de l'estomac associé à l'état gravido-puerpéral est presque toujours tardif. Chez les malades dont nous relatons l'histoire dans nos obs. n^{os} 1, 2, 4, et 6, il n'a été posé qu'après l'accouchement bien que les premiers symptômes remontent incontestablement à la période gravidique, ou immédiatement après dans notre cas n^o 2. Mais ces signes étaient banals et n'avaient pas attiré l'attention, soit du médecin, soit de la malade elle-même qui, modérément incommodée et mettant facilement sur le compte de son état gravide les malaises ressentis, avait négligé de consulter. C'est rétrospectivement qu'un interrogatoire plus attentif, mieux orienté, retrouvé l'horaire tardif des vomissements, leur caractère de stase, la présence de caillots de sang.

Chez notre malade n^o 5, par contre, le diagnostic a été plus rapidement établi, dès la première hospitalisation, mais l'évolution du cancer était déjà au-dessus de toute ressource thérapeutique.

Dans notre observation n^o 3, le problème était bien différent puisque la notion d'une gastrectomie récente pour cancer permettait d'évoquer d'emblée la récurrence.

Le diagnostic du cancer gastrique au cours de la grossesse se révèle donc difficile du fait de l'apparente banalité des symptômes et aussi du fait de la rareté de l'affection qui conduit le médecin à n'y penser que tardivement.

Les signes de début qui, les premiers, peuvent attirer l'attention sont divers et nous n'y reviendrons que pour insister sur l'importance d'un interrogatoire et d'un examen clinique minutieux de toute femme enceinte présentant des vomissements anormalement abondants et fréquents ou se prolongeant au-delà du troisième mois.

E. Tiribochi estime qu'« il serait prudent de pratiquer chez ces malades enceintes qui vomissent un examen radioscopique et radiographique du fonctionnement gastrique, surtout lorsque l'examen clinique ne réussit pas à élucider clairement le diagnostic ».

Nous pensons toutefois qu'il importe de préciser soigneusement au préalable les symptômes qui font suspecter l'organicité de l'affection :

- les signes de stase : éructations fétides, vomissements tardifs et abondants, ballonnement,
- les hémorragies : hématémèses ou mélænas,
- les douleurs épigastriques.

L'examen peut quelquefois mettre déjà en évidence une sténose pylorique, une ascite, un ganglion sus-claviculaire (Rhenter et Lyonnet), une **tumeur ovarienne** uni- ou bilatérale. Celle-ci apparaît comme le premier signe physique dans huit des observations que nous avons recueillies dans la littérature. Plusieurs fois cette tumeur était d'apparence isolée. Dans le cas de Gobiet, la tumeur ovarienne gauche perceptible par toucher vaginal au niveau du cul-de-sac de Douglas dès le cinquième mois de la grossesse est enlevée chirurgicalement au neuvième mois. Elle s'accompagne d'un cancer du col utérin et l'intervention trouve une autre tumeur ovarienne du côté droit. L'auteur pratique une hystérectomie et une castration bilatérale. C'est l'aspect histologique de tumeur de Krukenberg qui fait rechercher et trouver un cancer gastrique.

Généralement les tumeurs ovariennes et les signes digestifs sont concomitants mais l'exacerbation de ces derniers est mise sur le compte de la tumeur perçue et c'est seulement à l'intervention ou à l'autopsie qu'est découvert le cancer gastrique. Ainsi Burdsinski procède, au cinquième mois de grossesse de sa malade, à l'exérèse d'une tumeur ovarienne gauche puis, à terme,

à une césarienne pour dystocie du col par métastase cancéreuse (enfant vivant) et ce n'est que 3 jours plus tard, lorsque la malade meurt, que le cancer gastrique est révélé par l'autopsie. Dans le cas de Kropéit également, le cancer gastrique n'est découvert qu'à l'autopsie, un mois et demi après l'ablation de deux volumineuses tumeurs ovariennes. Dans le cas n° 2 de H.H. Schmid, une intervention est pratiquée par R. Schmidt qui, percevant à trois mois et demi de grossesse deux tumeurs, l'une hypogastrique, l'autre dans le petit bassin, redoute une grossesse extra-utérine. Il trouve, à côté d'une grossesse intra-utérine, deux volumineuses tumeurs ovariennes. Procédant à l'exploration de l'estomac (on soupçonnait antérieurement la malade d'être porteuse d'un ulcère gastrique), il perçoit un cancer du pylore et de la petite courbure.

Lorsque le cancer gastrique a été suspecté devant les signes cliniques que nous venons d'évoquer, il reste à assurer le diagnostic. Les moyens para-cliniques dont on dispose pour cela sont les mêmes que chez la femme non gravide.

Le tubage gastrique est rarement mentionné. Il peut mettre en évidence la stase et parfois une achlorhydrie. M. Sander et E. Lewin insistent sur la valeur d'une hypochlorhydrie; même minime : « Physiologiquement, au cours d'une grossesse, la sécrétion gastrique est accrue ; en particulier au cours de la seconde moitié de celle-ci il existe souvent un état d'hyperacidité ; son absence lors de douleurs de l'estomac devrait conduire à soupçonner le diagnostic. » La malade de Fischl, cependant, présentait une hyperacidité gastrique.

La réaction de Weber dans les selles révèle les hémorragies occultes. La numération des globules rouges montre une anémie hypochrome. La vitesse de sédimentation est anormalement élevée.

Mais ces examens n'ont qu'un intérêt d'appoint au regard de la **radiographie gastrique** après ingestion de bouillie barytée, investigation essentielle dont on attend la confirmation d'un diagnostic en suspens.

Toutefois certaines restrictions s'imposent à son emploi et elle ne peut être systématique chez toute femme qui vomit abondamment comme le conseille E. Tiribochi. La prise de clichés multiples sous des incidences variées avec contrôle radioscopique implique

une irradiation importante dont les risques foetaux sont connus. Aussi ne doit-on faire appel à cette technique de diagnostic qu'en cas de suspicion étayée par des arguments séméiologiques soigneusement recueillis permettant de ne prendre que des risques justifiés. Il nous semble sage, en outre, de limiter au minimum nécessaire le nombre des clichés tant que persiste l'état de gestation et de ne pratiquer le contrôle radioscopique qu'avec parcimonie.

Ces restrictions créent évidemment des difficultés à l'interprétation des clichés, accrues au cours des derniers mois de la grossesse par le refoulement des organes abdominaux et la modification de leurs rapports normaux, par les difficultés de centrage et par l'impossibilité d'utiliser la compression.

Parmi les observations que nous avons réunies beaucoup sont anciennes ou incomplètes et dix-neuf seulement font mention d'un examen radiologique : dix-sept postérieures à 1946, une de 1921 (Gauthier-Villars), une de 1929 (Cova). Nous ne décrivons pas les images observées car la grossesse ne leur imprime aucun caractère particulier : sténose pylorique six fois, lacune cinq fois, image de niche deux fois, image non décrite six fois. Nous insisterons seulement sur le fait que cet examen n'a rien montré que dans un seul cas, celui rapporté par R.P. Reynolds, M.O. Cantor et H. Henderson. Encore faut-il préciser qu'une seconde série de radiographies pratiquée trois semaines plus tard mettait en évidence le cancer étendu aux deux tiers inférieurs de l'estomac. La constance de cette positivité, bien que favorisée par un emploi trop tardif du radio-diagnostic, confirme néanmoins la valeur de l'examen.

Aucune des observations que nous rapportons ou de celles que nous avons trouvées dans la littérature ne nous a permis d'apprécier l'intérêt de techniques de diagnostic récentes et dont l'emploi est encore restreint telles que gastroscopie, gastrobiopsie, cytodagnostic sur le liquide de tubage gastrique. On peut cependant penser qu'un éventuel développement de ces méthodes éviterait à quelques malades les risques de l'examen radiologique. Il serait pour cela nécessaire qu'elles soient elles-mêmes dépourvues d'inconvénients et qu'elles atteignent la même valeur diagnostique.

Enfin l'observation de R.P. Reynolds, M.O. Cantor et H. Henderson montre que, dans le cas d'un premier examen radiologique normal ou montrant une image douteuse, la répétition des clichés à quelques semaines d'intervalle permettra de redresser le diagnostic. La méthode radio-clinique préconisée par Gutmann devra être utilisée dans les mêmes conditions que chez le sujet non gravide.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

L'examen clinique soigneux, l'emploi à bon escient de la radiographie, le test thérapeutique éventuellement doivent permettre d'éviter les nombreuses embûches du diagnostic. Nous laisserons de côté tous les problèmes non inhérents à l'état gravide que pose le diagnostic d'un cancer gastrique pour aborder les causes d'erreur les plus importantes liées à la grossesse.

Nous avons vu que, le plus souvent, c'est à propos d'une femme enceinte qui vomit que le problème est posé au médecin.

Il importe d'abord de distinguer ces vomissements des **vomissements bénins** qui marquent le début d'une grossesse par ailleurs normale. On peut retenir en faveur d'une affection gastrique organique les caractères suivants :

— le début des vomissements antérieur à celui de la grossesse (observations de H.H. Schmid, n°2 et de Mathieu) ;

— le début des vomissements deux mois seulement après le début de la grossesse, donc plus tard que d'habitude (observations de Polano) ;

— l'absence de vomissements au cours de grossesses antérieures chez des multipares. Ce critère est loin d'avoir une valeur absolue ;

— le début des vomissements en fin de grossesse ou, a fortiori, après l'accouchement ;

— la persistance des vomissements au-delà du quatrième mois, époque à laquelle les vomissements bénins disparaissent presque toujours ;

- leur survenue tardive par rapport aux repas : deux heures ou plus ;
- leur caractère de stase ;
- la concomitance de régurgitations fétides ou d'éructions acides, de douleurs épigastriques spontanées ou provoquées, surtout lorsqu'elles sont atténuées par les vomissements ou liées à la prise d'aliments ;
- le caractère sanglant des vomissements ;
- un effondrement de l'état général hors de proportion avec des vomissements d'apparence bénigne ;
- enfin la concomitance des signes cliniques déjà décrits.

Devant des **vomissements graves, incoercibles**, il est de règle de ne considérer ceux-ci comme purement gravidiques qu'après avoir éliminé la possibilité d'une affection organique. L'amaigrissement, même très marqué, le caractère absolu de l'intolérance alimentaire, la constipation, l'oligurie n'ont aucune valeur diagnostique car ils peuvent aussi bien s'observer au cours de troubles purement fonctionnels. Les critères que l'on retiendra sont les mêmes que pour les vomissements bénins en ce qui concerne le mode de début et les caractères de l'hyperémèse. Nous y ajouterons un argument évolutif : la résistance à un traitement bien conduit, ou la récurrence après une amélioration de courte durée.

La consistance irrégulière de l'abdomen à la palpation et l'ascite ont conduit Lindstedt (cas n°4) et Turolt au diagnostic de péritonite tuberculeuse. Cette cause d'erreur paraît trop peu fréquente pour justifier une étude détaillée. Il en est de même pour la confusion parfois possible entre tumeur ovarienne et parties fœtales.

Nous avons vu que, dans plusieurs cas, c'est en présence d'une **tumeur ovarienne** que l'on est conduit à rechercher un cancer gastrique.

Lorsque la tumeur ovarienne est bilatérale il est impératif de toujours rechercher une tumeur du tractus digestif, en particulier gastrique. Rathert (cité par H.H. Schmid) affirmait déjà au début du siècle qu'« on ne doit jamais extirper un cancer ovarien bilatéral avant d'avoir déterminé par la palpation de l'estomac s'il

ne s'agit pas là de métastases d'un cancer gastrique. » La coexistence de troubles gastriques et d'une tumeur ovarienne bilatérale est considérée comme presque pathognomonique du néoplasme gastrique.

Lorsque la tumeur ovarienne est unilatérale, sa nature métastatique sera suspectée sur sa consistance solide et sur son accroissement rapide.

Il faut remarquer que l'existence d'une tumeur de Krukenberg en dehors de la gravidité peut provoquer une aménorrhée, un gonflement des seins, une augmentation du périmètre abdominal, source possible de diagnostic erroné de grossesse. Schmid en relate une observation personnelle et en cite plusieurs autres cas. Inversement, dans cette éventualité, la survenue d'une grossesse authentique risque d'être méconnue. L'examen clinique minutieux et les réactions biologiques de grossesse permettent d'éviter ces erreurs sans attendre les signes foétaux.

ÉVOLUTION

INFLUENCE DU CANCER GASTRIQUE SUR LA GROSSESSE

Le retentissement de la tumeur gastrique sur l'évolution de la grossesse est souvent très néfaste. Dans quatre des observations que nous rapportons (n^{os} 1, 2, 4 et 6), l'évolution du fœtus est pourtant parvenue à son terme et l'accouchement a été normal.

Dans notre observation n° 3, la récurrence péritonéale du cancer gastrique extirpé deux mois avant le début de la grossesse a eu pour conséquence un accouchement prématuré à sept mois en présentation de l'épaule nécessitant une intervention obstétricale.

La malade de notre observation n° 5 présenta un avortement spontané d'un fœtus macéré au quatrième mois de sa grossesse.

L'étude des cas recueillis dans la littérature montre que le déroulement de la grossesse est très variable.

Des **manifestations dysgravidiques** sont retrouvées dans quelques observations sous la forme d'une albuminurie le plus souvent simple, s'accompagnant parfois de cylindrurie, rarement d'une véritable toxémie gravidique. L'observation de Niesert fait mention d'une éclampsie pour laquelle on procéda à une césarienne.

Une complication rare est décrite par M. A. Guichard et ses Collaborateurs dans leur observation n° 1 : la malade présenta des **crises tétaniques** de plus en plus fréquentes jusqu'à réaliser un véritable état de mal tétanique. Des adénomes microscopiques des parathyroïdes furent découverts à l'autopsie.

En ce qui concerne les **circonstances de l'accouchement**, soixante-huit observations sont exploitables.

L'accouchement normal à terme sans intervention n'est pas fréquent : dix-sept cas, soit moins d'un quart. Huit fois il est précisé que l'enfant est vivant, une seule fois qu'il est mort. Dans les huit autres cas aucune indication n'est donnée mais la mention « accouchement normal » laisse penser que probablement l'enfant vivait.

Parmi ces dix-sept observations où l'accouchement s'est produit normalement à terme, cinq seulement font état de signes digestifs remontant au début de la grossesse et même antérieurs à celle-ci dans les cas de Fischl et d'Anishchenko (n^{os} 1 et 2). Dans les cas de Gauthier-Villars, de Dalseth (n^{os} 1 et 2), les premiers signes apparurent au cours de la grossesse. Les troubles digestifs ne sont nets qu'après l'accouchement dans les observations de Ahlfeld, Hempel, Lindstedt (n^o 4), Pistofidis, Gorácz, Anishchenko (n^o 3). Les quatre observations restantes ne donnent pas de renseignement sur la chronologie des symptômes ou sont trop succinctes pour être exploitables.

Les **accouchements dystociques** tels que celui que nous rapportons dans notre observation n^o 3 sont rares. Nous avons trouvé trois cas de dystocie par métastase cervico-utérine faisant obstacle à la dilatation du col au cours du travail à terme. Burdsinski fit une césarienne, Couvelaire une césarienne avec hystérectomie à la Porro, Gobiet une hystérectomie à la Wertheim. Seul l'enfant de la malade de Burdsinski survécut.

Dans l'observation rapportée par M. Sander et E. Lewin, une tumeur ovarienne *prævia* empêchait la bonne marche du travail au huitième mois de la grossesse. Une césarienne permit d'extraire un enfant vivant.

L'accouchement prématuré est l'éventualité la plus fréquente : vingt-deux cas parmi lesquels neuf furent provoqués, treize furent spontanés dont l'un (Bowers R.N. et Walters W.) survint dans les suites d'une gastrectomie totale et d'une réintervention pour hémorragie digestive très abondante. Dans trois cas l'accouchement spontané prématuré peut s'expliquer par la mort de l'enfant *in utero* (Kehrer : cas n^o 2, Polano : cas n^o 1, Bowers R.N. et Walters W.). Sept fois seulement l'enfant est vivant et viable dont une seule fois après un accouchement provoqué (Olshausen). Neuf fois l'enfant est mort soit avant, soit pendant, soit peu après

l'accouchement. Dans six observations enfin, aucune précision n'est donnée.

Lorsqu'il est spontané, l'accouchement prématuré se produit le plus souvent vers le septième mois de la grossesse, moins souvent dans le courant du neuvième mois. Nous n'en avons relevé aucun dans le courant du huitième mois, à l'exception de notre observation n° 3.

Parallèlement aux accouchements prématurés provoqués nous envisagerons les accouchements par césarienne, au nombre de 11 dont deux avec hystérectomie à la Porro (Voigt et Couvelaire), une post-mortem (Heymann), une pour placenta prævia (Walthard), les autres soit pour dystocie (Burdsinski, M. Sander et E. Lewin), soit au cours d'une laparotomie exploratrice (O. Gröne, Puppel), une fois pour éclampsie (Niesert). Six fois l'enfant vit, cinq fois il meurt ou n'est pas viable.

Les **avortements spontanés** sont l'exception. En raison de cette rareté le cancer gastrique, même avec métastases ovariennes, ne peut être mis en cause qu'avec réserve. Dans le cas de Kropelt, la fausse couche à quatre mois de grossesse était consécutive à une castration bilatérale un mois auparavant. Mathieu signale un avortement spontané, mais nous ne possédons aucune précision sur cette observation. Notre observation n° 5 est la seule où le cancer apparaît comme la seule étiologie de l'avortement. Il faut cependant remarquer que cette malade avait déjà présenté une fausse couche antérieure. Dans plusieurs observations une cachexie marquée ne s'oppose pas au développement normal de la grossesse au cours de ses premiers mois.

L'**avortement provoqué** à titre thérapeutique n'a été employé que sept fois. Dans le cas de H.T. Hagstrom et M.D. Brooklyn la tentative s'est soldée par un échec et par la mort de la malade. Il faut y ajouter trois observations (Schmid cas n° 2, Frankl, Fuchs) où une hystérectomie a été pratiquée avant la viabilité fœtale, au quatrième ou au cinquième mois de la grossesse.

Enfin, parmi les soixante-huit observations utilisables quant au devenir de la grossesse, sept relatent la mort de la malade avant la parturition : au premier mois dans le cas n° 3 de Lindstedt, au cinquième dans celui de H.T. Hagstrom et M.D. Brooklyn, après

tentative d'avortement thérapeutique au sixième mois dans ceux de Lindstedt (cas n° 2), de Senge et de Sitzenfrey, au septième dans ceux de Rhenter et Lyonnet et de Heymann qui pratiqua une césarienne post-mortem.

Le sort de fœtus au cours d'une grossesse compliquée de cancer gastrique s'avère somme toute particulièrement sombre. Il n'est indiqué de façon explicite que dans cinquante-trois cas parmi lesquels vingt enfants vivants et viables et trente-trois fœtus qui soit ne purent se développer jusqu'à la viabilité, soit moururent in utero, soit moururent au cours de l'accouchement ou peu après. H.H. Schmid estimait en 1924 que la grossesse parvenait à son but, mettre au monde un enfant vivant, dans un tiers des cas. En parvenant à une proportion à peine meilleure notre estimation confirme la sienne.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE CANCER GASTRIQUE

Si le cancer gastrique joue manifestement un rôle le plus souvent défavorable sur le déroulement de la grossesse, il est plus délicat de déterminer l'influence que peut avoir cette dernière sur l'évolution du cancer. Des thèses très opposées ont été soutenues : pour Philipp et Hammerschlag (cités par H.H. Schmid) la grossesse n'est qu'un épiphénomène ne modifiant en rien les caractères évolutifs du cancer gastrique. Certains (Edelberg et Galant) prétendent même que son évolution est plutôt ralentie. Plus nombreux sont ceux qui dénoncent l'influence néfaste de la grossesse sur l'évolution du cancer. M. A. Guichard et ses collaborateurs emploient le terme de « grossesse cancérogène ». Ils rejoignent en cela les considérations de Lindstedt qui estime l'état gravide favorable à l'apparition du cancer. Schmid, au terme d'une étude détaillée de quarante-quatre cas, se déclare incapable de trancher le problème. Nous avons cherché à peser les différents arguments à la lumière des observations recueillies.

Dans quelques rares cas l'évolution du cancer est lente : après résection gastrique à deux mois et demi de grossesse, la malade

de Fischl accouche normalement à terme et survit trente et un mois à l'intervention. Chez la malade d'Esau le cancer gastrique, quoique étendu, ne se manifeste qu'un an et demi après l'accouchement prématuré spontané qui avait été suivi d'une annexectomie bilatérale pour tumeurs ovariennes métastatiques d'étiologie indéterminée au moment de l'intervention.

Bien plus nombreuses sont les observations qui dénoncent le **caractère aigu du cancer** : la malade de Voigt meurt un mois et demi après avoir ressenti les premiers signes fonctionnels de son cancer, des douleurs abdominales.

La malade de Turolt ne se plaint d'aucun signe digestif et consulte au septième mois pour arrêt des mouvements fœtaux. Une laparotomie pratiquée dans les jours suivants, après accouchement prématuré spontané, montre un cancer annulaire du cardia et deux volumineuses métastases ovariennes. La malade meurt cinq jours plus tard.

La malade de Rhenter et Lyonnet ressent des douleurs à la base de l'hémi-thorax droit au sixième mois. Un mois plus tard elle meurt dans la cachexie, l'autopsie révélant de multiples métastases. Les auteurs présentent d'ailleurs leur observation comme une confirmation de « la notion actuellement (1930) bien admise de l'évolution quasi foudroyante des cancers au cours de la gestation ».

La malade de H.T. Hagstrom et M.D. Brooklyn survit à peine plus d'un mois à l'apparition du premier signe clinique de son affection : deux métastases cancéreuses mammaires.

La malade de E. Cova meurt un mois et demi après les premiers vomissements.

La malade de L.A. Horta Barbosa et collaborateurs ressent les premiers malaises au cinquième mois. Elle meurt deux mois et demi plus tard de péritonite consécutive à la perforation d'un cancer ulcéré de l'antra pylorique. C'est également la perforation d'un ulcère néoplasique qui cause la fin précipitée des malades de O. Gröne et de O. Viana. Ce dernier estime que l'accouchement favorise la péritonite par perforation en rompant des adhérences qui s'étaient progressivement établies autour de cette dernière, la rendant latente. En faveur de cette thèse plaide un argument de fréquence : trois perforations sur quatre-vingt-six

cancers de l'estomac associés à l'état gravido-puerpéral dans notre étude ; six perforations sur trois cent dix-neuf cancers de l'estomac dans la thèse de Desbordes.

Plusieurs observations décrivent une évolution rapide au cours de la grossesse d'un cancer préexistant à celle-ci et qui ne peut donc pas avoir été induit par elle. Dans le cas rapporté par G.A. Wagner la malade vomissait déjà trois mois avant sa grossesse. Au cours de celle-ci les troubles allèrent croissant et elle mourut au sixième mois.

La malade de R.P. Reynolds et collaborateurs avait subi quatre ans avant sa grossesse une intervention pour « ulcère ». Peut-être le néoplasme avait-il déjà débuté. Son évolution en fin de grossesse fut très rapide puisque des radiographies pratiquées au huitième mois avaient pu être considérées comme normales alors que la répétition du même examen un mois et demi plus tard, après l'accouchement, montrait l'envahissement des deux tiers inférieurs de l'estomac.

Bowers R.N. et Walters W. décrivent eux aussi l'évolution rapide au cours de la grossesse d'un carcinome dont les premiers symptômes étaient nettement antérieurs à celle-ci.

Dans le cas de Stoeckel la récurrence d'un cancer gastrique extirpé un an auparavant survient précisément au cours de la grossesse. La coïncidence peut n'être que fortuite.

Le nombre de ces cas où l'évolution du cancer est singulièrement rapide ne paraît pas s'expliquer uniquement par le jeune âge des malades. Nous avons essayé de déterminer le temps de survie moyen à partir des premiers symptômes, afin de le comparer aux statistiques récentes sur le cancer gastrique, mais le caractère incomplet de la plupart des observations dont nous disposons a rendu cette tentative illusoire, nous contraignant ainsi à rester sur une simple impression. Celle-ci se trouve d'ailleurs renforcée par l'absence presque totale de guérisons durables par la thérapeutique, quelle que soit la précocité du diagnostic. Une seule exception : l'observation de Bowers R.N. et Walters W. dont la malade, suivie très régulièrement, ne présente aucun trouble quatre ans après la gastrectomie totale. Dans tous les autres cas l'issue fatale survient, souvent dans des délais brefs. Lorsque

Dellepiane G., Tomasini J. et Benzi G. ont récemment publié leur observation, la malade qu'ils avaient opérée était en bonne santé; mais le recul, de quelques mois seulement, est trop minime pour préjuger de l'évolution ultérieure.

La proportion des guérisons durables chez les malades atteintes de cancer de l'estomac en dehors de l'état gravide, quoique faible, est très supérieure : 25 % au moins des malades ayant subi une gastrectomie totale survivent plus de trois ans dans la thèse de Desbordes inspirée par le Dr Desjacques. Il est vrai que la gastrectomie n'a pas souvent pu être pratiquée dans les observations que nous avons relevées.

Les raisons de cette gravité particulière du cancer gastrique au cours de la grossesse sont diversement interprétées. L'hypothèse de **facteurs endocriniens** aggravant le cancer est parfois évoquée, en particulier par Gorácz qui pense que la folliculine exerce une action favorable au développement tumoral. Des hypothèses analogues sont formulées pour expliquer la **fréquence des métastases**, en particulier ovariennes, qui constituent un facteur supplémentaire de gravité.

Cette fréquence est certaine : des métastases ont été observées chez chacune des six malades dont nous rapportons l'observation : trois fois au niveau des ovaires, deux fois au niveau du péritoine, une fois au niveau du foie, une fois au niveau des deux seins, de la septième vertèbre dorsale et de l'intestin grêle.

Nous avons recherché parmi les observations fournies par la littérature la fréquence des diverses métastases. Soixante et une fois une laparotomie ou une autopsie a été pratiquée. **Les métastases ovariennes** s'avèrent de loin les plus fréquentes : trente-trois dont vingt-cinq bilatérales, huit unilatérales (trois fois à droite, trois fois à gauche, deux fois le côté n'est pas précisé). Aucune métastase ovarienne n'est constatée dans vingt-huit observations. Une torsion annexielle est venue compliquer la métastase ovarienne dans les observations de Fuchs et de Horta Barbosa et collaborateurs.

Ces chiffres prêtent à discussion. La fréquence risque d'être exagérée par le fait que bon nombre des observations recueillies

proviennent de publications concernant précisément les métastases ovariennes des cancers de l'estomac. Inversement, elle risque d'être sous-estimée lorsque les constatations opératoires sont précoces, n'excluant pas la possibilité d'un développement ultérieur des métastases. Surtout, il existe des métastases microscopiques que seul révèle l'examen histologique (Schenk et Sitzenfrey). Leur existence a fait préconiser l'annexectomie bilatérale même en cas de métastase unilatérale ; les chances de survie en seraient accrues. Cette attitude n'est pas admise par tous. Enfin, les cas pour lesquels on ne possède aucune donnée nécropsique sont nombreux et susceptibles de modifier sensiblement les chiffres rapportés.

Pour Metzger la fréquence des métastases ovariennes des cancers digestifs est progressivement croissante jusqu'à la ménopause. Les observations que nous avons étudiées ne confirment pas cette notion et cette fréquence nous a même paru très légèrement supérieure chez les femmes jeunes.

La voie de métastatisation a donné lieu à de nombreuses discussions d'où ont été dégagées plusieurs théories. La voie sanguine serait extrêmement rare et certains contestent sa réalité. La voie lymphatique serait au contraire fréquente, de même que la migration des cellules à travers la cavité péritonéale et leur implantation sur un follicule de de Graaf éclaté. Cette dernière voie ne peut être retenue que si le cancer atteint la séreuse péritonéale et si la greffe métastatique est antérieure au début de la grossesse, puisqu'elle nécessite la présence d'un follicule de de Graaf éclaté.

Selon M. Sander et E. Lewin les métastases ovariennes, même bilatérales et très étendues, laissent persister la fécondité tant que subsiste une partie de parenchyme ovarien sain et n'entraînent pas le développement normal de la grossesse pendant les premiers mois.

Les greffes cancéreuses péritonéales prennent la seconde place, après les atteintes ovariennes, dans l'ordre de fréquence des métastases. Nous en avons relevé dix-sept cas, qu'il s'agisse de greffes sur la séreuse pariétale, dans le cul-de-sac de Douglas, dans le mésentère ou sur l'épiploon.

Nous avons trouvé par ailleurs :

- sept observations de métastases pleurales ou pulmonaires ;
- sept de métastases hépatiques ;
- six de métastases osseuses dont deux au niveau de la colonne vertébrale, une pelvienne, une fémorale, une costale ;
- quatre fois, les ganglions sus-claviculaires étaient envahis ;
- quatre observations mentionnent des métastases utérines, plusieurs fois responsables de dystocies graves. Deux signalent l'atteinte des trompes. Selon H.H. Schmid les métastases utérines seraient favorisées par l'afflux sanguin au niveau de cet organe et peut-être par des facteurs hormonaux.

On relève enfin la dissémination du processus néoplasique à des organes divers : intestin trois fois, pancréas trois fois, ganglions bronchiques deux fois, seins deux fois (dans les deux cas il s'agit de métastases bilatérales ; elles furent le premier symptôme dans l'observation de H.T. Hagstrom et M.D. Brooklyn), péricarde une fois, placenta une fois. L'atteinte du placenta est tout à fait exceptionnelle. Il s'agit pourtant d'un organe très vascularisé et riche de ces mêmes facteurs hormonaux invoqués comme propices au développement des métastases ovariennes.

Dans aucune observation on n'a trouvé de métastase fœtale y compris dans celle de Senge qui, après avoir constaté une métastase placentaire, procéda à une autopsie du fœtus.

L'absence totale de métastase au moment de la mort des malades est rare. Parmi celles dont l'autopsie a été réalisé cinq cas seulement n'en mentionnent aucune.

La possibilité d'une évolution aiguë et la fréquence des métastases constituent donc des facteurs de gravité certains du cancer gastrique au cours de la grossesse. Leur importance respective ne doit cependant être estimée qu'en fonction de cet autre facteur de gravité incontestable et plus facile à évaluer que constitue le **retard du diagnostic**. Nous en avons déjà analysé les causes. Il a pour conséquence la mise en œuvre tardive d'une thérapeutique chirurgicale dont l'efficacité décroît rapidement avec le temps et qui se heurte aux difficultés inhérentes à l'état gravide.

En outre, pendant la gravidité et plus particulièrement pendant la période péri-puerpérale, la femme présente un état de fatigue et de moindre résistance aux agressions qui explique peut-être la survenue plus fréquente des complications aiguës et de la mort au moment de l'accouchement ou dans les jours suivants.

TRAITEMENT

Nous ne ferons qu'effleurer les problèmes thérapeutiques que pose l'association grossesse-cancer gastrique. Le traitement est en effet affaire de lieu, de moyens, de circonstances. Nous excluons de cette étude les cas où le cancer est découvert après l'accouchement pour nous limiter à ceux où il est connu au cours de la grossesse. Nous considérerons donc le diagnostic comme établi, laissant de côté les laparotomies exploratrices pour complication aiguë ou les castrations isolées résultant d'une méconnaissance du cancer gastrique.

Le but idéal est une éradication du cancer préservant la grossesse. Dans beaucoup de cas il est impossible de satisfaire simultanément à ces deux propositions. On cherchera alors soit à préserver la mère lorsqu'une cure radicale du cancer est possible, serait-ce aux dépens du fœtus, soit à préserver l'enfant lorsqu'il est viable et que l'état de la mère place celle-ci au-delà de toutes les ressources thérapeutiques.

Le seul moyen dont on dispose pour assurer la **cure radicale** du cancer gastrique est la gastrectomie. Elle a ses limites liées à l'extension locale du néoplasme ; elle a des contre-indications : la présence de métastases multiples ou un état général trop déficient pour supporter l'intervention. La présence d'une métastase ovarienne uni ou bilatérale ne constitue pas une contre-indication à la gastrectomie, une annexectomie pouvant être réalisée dans le même temps. Bilatérale, elle entraîne l'arrêt de la grossesse si elle est pratiquée au cours des premiers mois. Unilatérale, elle peut respecter le développement du fœtus comme en témoigne la malade de Wilde qui accoucha à terme après avoir subi une castration unilatérale au quatrième mois.

La gastrectomie peut se heurter à des difficultés techniques lorsque l'utérus, au cours des derniers mois de la grossesse, occupe une grande partie de l'abdomen. Cet état justifie la provocation d'un accouchement prématuré, l'enfant étant alors viable, pour permettre un traitement radical du cancer dans de meilleures conditions.

Le **traitement palliatif** habituellement mis en œuvre dans un cancer sténosant de l'estomac ne pouvant pas faire l'objet d'une cure radicale est la gastro-entéro-anastomose. Elle rétablit le transit digestif, permet à la malade de s'alimenter, fait disparaître les vomissements de stase. La survie qu'elle entraîne est très variable, parfois longue et, dans la grande majorité des cas, moins inconfortable que l'évolution spontanée. Il ne semble pas que la grossesse apporte des modifications à ses indications habituelles.

D'autres interventions palliatives ont été utilisées dans des cas particuliers : résection et réimplantation d'un uretère envahi par métastase (Gobiet), iléostomie pour occlusion intestinale par métastase (Walther). Il s'agit là d'indications de circonstances qu'il serait imprudent de vouloir systématiser.

L'**avortement thérapeutique** a été rarement employé. Et encore son but n'était-il pas d'influer sur l'évolution du cancer gastrique — dont le diagnostic n'était pas encore fait — mais de traiter les vomissements incoercibles. Seuls H.T. Hagstrom et M.D. Brooklyn ont eu recours à ce moyen pour retarder l'évolution d'un cancer particulièrement rapide. Leur tentative s'est soldée par la mort de la patiente. Même dans un « cancer aigu », il est donc préférable de n'envisager cette possibilité qu'avec beaucoup de circonspection.

L'**accouchement prématuré** a été provoqué par de nombreux auteurs. S'il a l'avantage de soulager la malade, d'atténuer souvent les vomissements, c'est au prix d'un geste thérapeutique en lui-même très éprouvant. Les décès survenus peu après l'accouchement prématuré provoqué ne sont pas rares. Il est vrai que la patiente était souvent dans un état déjà désespéré. L'état général de la malade doit donc influencer fortement sur l'indication de ce moyen thérapeutique. On l'emploiera plus volontiers lorsque le fœtus est mort sans que survienne l'accouchement spontané. Certains ont provoqué l'accouchement prématuré afin de pouvoir

réaliser une gastrectomie dans un second temps. La césarienne pratiquée dans un même temps que la gastrectomie est une solution qui paraît plus satisfaisante mais les observations nous manquent pour étayer cette impression.

La **césarienne** est également indiquée en cas de dystocie par métastase utérine ou ovarienne, cause de tumeur prævia ou d'arrêt du travail par rigidité cervicale.

Enfin, l'**abstention** de tout geste chirurgical ou obstétrical reste parfois l'unique solution lorsque le cancer est très étendu, lorsque l'état général de la malade ne permet aucune intervention, lorsque, malgré un cancer au-dessus de toute ressource thérapeutique mais d'évolution lente, la marche de la grossesse n'est pas influencée.

Plutôt que chercher à systématiser les différentes indications nous citerons les exemples de la conduite adoptée par quelques auteurs.

Au milieu du troisième mois de la grossesse de sa patiente, Fischl procède à une résection gastrique. L'accouchement s'est produit normalement à terme. Cependant des métastases sont apparues ultérieurement.

A cinq mois et demi de grossesse, Bowers R.N. et Walters W. procèdent à une gastrectomie totale. Les suites sont troublées d'une part, par une hémorragie abondante nécessitant une réintervention d'urgence, d'autre part par l'accouchement prématuré d'un enfant mort. Quatre ans plus tard leur patiente est en bonne santé.

Au septième mois de la gravidité Polano, en 1904, déclenche d'abord un accouchement prématuré (enfant vivant, mais qui succombe 48 heures après). Deux jours plus tard est réalisée une gastro-entérostomie car la malade est trop affaiblie pour supporter l'opération radicale. Celle-ci sera effectuée après un délai de trois semaines. La mort surviendra au bout de trois mois.

A la fin du septième mois de grossesse, G. Dellepiane et G. Benzi (1960) procèdent en un même temps à une césarienne suivie d'hystérectomie totale et d'annexectomie bilatérale (enfant vivant) et à une résection gastrique à la Rieckel-Polya. Cette attitude, permise par des moyens techniques dont ne disposait pas Polano en 1904, nous paraît plus satisfaisante.

O. Gröne, en 1933, devant une grossesse presque à terme compliquée de péritonite par perforation gastrique, le diagnostic étant établi par laparotomie exploratrice, procède à une césarienne vaginale (enfant vivant) pour éviter l'infection utérine, puis il revient à la cavité abdominale et suture la perforation dont il ignorait la nature néoplasique.

Devant une malade en début de travail à terme suspecte de cancer gastrique et présentant une tumeur prævia, M. Sander et E. Lewin procèdent à une césarienne suivie d'hystérectomie et d'annexectomie bilatérale (enfant vivant) mais s'abstiennent d'un geste chirurgical sur l'estomac en raison de la trop grande extension de la tumeur et de l'existence de métastases.

Les exemples que nous possédons sont trop restreints pour permettre une revue des différentes éventualités et pour autoriser une opinion sur les résultats obtenus.

APPENDICE

Résumé des observations de l'association grossesse-cancer gastrique recueillies dans la littérature, classées dans l'ordre chronologique de leur publication.

- 1) **HEMPEL** (1875) - XVI-pare de 42 ans. Bon état général. Tumeurs ovariennes bilatérales. Accouchement normal à terme. Un mois plus tard mort par péritonite. A l'autopsie, cancer du pylore et des deux ovaires ; perforation rectale.
- 2) **LINTOCK** (1875) - Cas de vomissements incoercibles de la grossesse avec cancer de l'estomac.
- 3) **COHNHEIM** (1877) - Femme de 26 ans morte en couches. A l'autopsie, on trouve un cancer gastrique ulcéré avec des métastases au foie et aux deux ovaires.
- 4) **AHLFELD** (1881) - Accouchement spontané de jumeaux. Neuf mois plus tard la mère meurt de cancer gastrique.
- 5) **SÄNGER** (1882) - 28 ans - 5^e grossesse. Vomissements violents au cours de la grossesse dus à un cancer gastrique. Décès cinq semaines après la date normale de l'accouchement.
- 6) **SÄNGER** (1882) - Cas analogue chez une V-pare de 32 ans.
- 7) **DUBOIS** (1883) - Cite un cas de vomissements incoercibles au cours d'une grossesse avec cancer de l'estomac.
- 8) **GUERiot** (1883) - Cas de vomissements incoercibles lors d'une grossesse avec cancer de l'estomac.
- 9) **F.A. KEHRER** (1884) - III-pare. Aucun vomissement au cours des grossesses antérieures. Vomissements depuis le début de la grossesse actuelle. Augmentation des dimensions de l'estomac à la percussion. Accouchement prématuré ; l'enfant décède au bout de quelques mois. Quatre mois et demi après l'accouchement, mort de la mère par sténose pylorique vraisemblablement cancéreuse.

- 10) **F.A. KEHRER** (1884) - Primipare de 37 ans malade depuis le début de la grossesse ; amaigrissement. Au cinquième mois, aspect cachectique ; rétrécissement de la partie inférieure de l'œsophage, prouvé à la sonde. Accouchement spontané prématuré au septième mois d'un enfant mort depuis peu. La mère décède trois jours plus tard. A l'autopsie : cancer de l'œsophage et de l'estomac, métastases au niveau des ganglions lymphatiques et des poumons.
- 11 à 14) **MATHIEU** (1884) - Cite quatre cas, tous au-dessous de trente ans, de cancers gastriques chez des femmes enceintes conduisant à l'arrêt de la grossesse, trois fois provoqué, une fois spontané. Deux fois le diagnostic exact aurait pu être établi car les vomissements avaient commencé avant la grossesse. Dans un cas, ascite et tumeur palpable après vidange de l'estomac. Mort au bout d'une semaine.
- 15) **BEER** (1888) - Cas de cancer de l'estomac où la grossesse a suivi un cours normal.
- 16) **HEYMANN** (1888) (Cité par H.H. Schmid) - Femme morte d'un cancer gastrique au septième mois de grossesse. Césarienne post-mortem. Enfant mort.
- 17) **HEINE** (1894) (Cité par Metzger) - Femme de 24 ans qui souffrait de l'estomac depuis cinq ans. Le 16 mars 1891, accouchement provoqué à 7 mois. Le 3 mai 1891, gastrectomie pour cancer. Depuis l'accouchement persistent des métrorragies et, en juillet 1891, on procède à l'ablation de tumeurs ovariennes bilatérales. Le 23 août 1891, impression de récidence locale du cancer de l'estomac à la palpation épigastrique.
- 18) **VOIGT** (1894) (cité par Metzger) - Il-pare de 30 ans. Douleurs abdominales depuis trois semaines, oligurie, amaigrissement. Utérus ayant la taille d'une grossesse à terme. Perception d'une tumeur ovarienne gauche interprétée comme un kyste. Laparotomie : ascite, tumeur ovarienne gauche, ovaire droit anormal. Césarienne mettant au jour des jumeaux de sexe différent morts récemment. Hystérectomie à la Porro. Décès neuf jours plus tard. A l'autopsie : cancer ulcéré du pylore à la petite courbure.
- 19) **DEPAUL** (1896) - Cite l'association d'un cancer du pylore à une grossesse.
- 20) **SCHNELLBACH** (1896) - trouve lors de l'autopsie d'une femme morte de vomissements incoercibles de la grossesse une tumeur ulcérée du pylore, de la taille d'un œuf.
- 21) **CLIVIO** (1901) - XIII-geste de 33 ans. Vomissements depuis le début de la grossesse, augmentant jusqu'à prendre le caractère de vomissements incoercibles. Ils cèdent au traitement médical mis en œuvre au huitième mois. Deux mois après l'accouchement, reprise des vomissements. Diagnostic de cancer gastrique. Gastro-entérostomie.

- 22) **HARTMANN** (1901) (cité par Gutmann) - Femme qui présentait d'abord des crampes stomacales puis des vomissements très pénibles pendant toute la gestation. Ceux-ci s'atténuent après l'accouchement mais persistent pendant cinq ans. Enfin fut fait le diagnostic de cancer gastrique et de tumeur ovarienne confirmé par intervention.
- 23) **KROPEIT** (1901) - 23 ans - I-geste. Le premier mois, vomissements ; le deuxième mois, violentes dorsalgies ; au troisième mois, laparotomie pour le diagnostic de tumeur ovarienne ou de myome utérin associé à la grossesse : ascite, tumeurs ovariennes bilatérales qui sont extirpées. Expulsion spontanée du fœtus cinq semaines plus tard. Curage utérin. La malade continue à maigrir, vomit et meurt quatorze jours après l'avortement. A l'autopsie : péritonite, cancer de la paroi antérieure de l'estomac, métastases péritonéales, pulmonaires et ganglionnaires. Kropéit considérait comme primitives les tumeurs ovariennes.
- 24) **RÖMER** (1902) - Femme de 29 ans qui entre mourante à l'hôpital avec le diagnostic de phtisie à la fin du septième mois de grossesse. Accouchement provoqué. Incisions du col. Enfant mort-né. Décès de la mère deux heures plus tard. A l'autopsie : cancer pylorique ; envahissement des ganglions bronchiques et sus-claviculaires, des ganglions rétro-péritonéaux, gastriques et hépatiques ; greffe péritonéale ; métastases ovariennes, utérine et pulmonaires.
- 25) **O. FELLNER** (1903) - Accouchement prématuré avec enfant vivant chez une femme porteuse d'un cancer gastrique.
- 26) **FREUND H.W.** (1904) - Multipare de 38 ans. Vomissements incoercibles. Cachexie. Accouchement prématuré spontané sans difficulté au septième mois. Gastro-entérostomie. Mort.
- 27) **FREUND H.W.** (1904) - Accouchement prématuré provoqué au septième mois. Quatorze jours plus tard, résection du pylore. Mort six mois après, par récurrence.
- 28) **GLOCKNER** (1904) - Femme de 30 ans qui, trois jours après un accouchement spontané prématuré (enfant mort), meurt dans la cachexie. L'autopsie montre un cancer pylorique avec dissémination péritonéale, infiltration colique, hydronéphrose bilatérale, métastases aux deux ovaires et à l'utérus.
- 29) **POLANO** (1904) - 24 ans - IV-geste - sixième mois. Depuis quatre mois et demi vomit toute nourriture. Depuis six jours l'enfant ne bouge plus. Traitement médical cinq jours sans effet. Le cancer gastrique est suspecté. Une tumeur est perceptible que l'on suppose être gastrique ou vésiculaire. Le lendemain, accouchement prématuré spontané d'un enfant mort. Décès de la mère 24 heures plus tard. A l'autopsie : cancer de l'estomac avec métastases au niveau des ganglions lymphatiques, des ovaires, de la trompe gauche.

- 30) **POLANO** (1904) - 34 ans - V-geste. Depuis le deuxième mois vomissements quotidiens. Au septième mois, ondes péristaltiques, résistance au palper : diagnostic de cancer gastrique. Accouchement prématuré provoqué d'un enfant qui vit deux jours. Deux jours après l'accouchement, gastro-entérostomie. Trois semaines plus tard, résection pylorique. Au bout d'un mois, tumeur dans le cul-de-sac de Douglas, métastase ovarienne. Récidive gastrique. La mort survient en trois mois.
- 31) **ZABORSKY** (1904) - 22 ans - II-geste. Dès le début de la grossesse, vomissements fréquents. Crampes épigastriques douloureuses après les repas. Douleur à la palpation de la région gastrique. Au huitième mois, ondes péristaltiques visibles. Accouchement provoqué à neuf mois. Vomissements et décès un mois plus tard. A l'autopsie : adénocarcinome sténosant de l'antrum gastrique. Envahissement des ganglions voisins.
- 32) **COUVELAIRE** (1905) - 35 ans. Se plaignait de maux d'estomac trois mois avant sa grossesse. Vomissements incoercibles pendant les neuf mois. Au troisième mois, tumeur épigastrique perceptible. Entre, en travail vingt jours après le terme prévu. Dystocie du col par métastase néoplasique. Césarienne et hystérectomie à la Porro. L'enfant ne peut être ranimé. Décès de la malade cinquante et un jours plus tard. A l'autopsie : cancer gastrique, métastases intestinale et des lymphatiques de l'utérus.
- 33) **BURDSINSKY** (1907) - V-pare de 26 ans. Au cinquième mois de grossesse, ascite. Castration gauche. Vomissements abondants. Au neuvième mois, perception d'une tumeur épigastrique et d'une volumineuse tumeur para-utérine. Nodules néoplasiques sur le col et dans le cul-de-sac de Douglas - Césarienne basse - Enfant vivant.
- 34) **OLSHAUSEN** (1907) - Grossesse au huitième mois. Hyperémèse non influencée par la thérapeutique. Accouchement prématuré provoqué ; enfant vivant. Par la suite est découvert un cancer gastrique. Gastro-entérostomie.
- 35) **De SNOO** (1907) - II-pare de 38 ans, présentant pendant sa deuxième grossesse des hématomés et des douleurs épigastriques. Un an plus tard (1905), tumeur maligne de l'estomac, inopérable. Mai 1906 : gastro-entérostomie, ovariectomie. Décès en octobre 1906. Métastases pulmonaires.
- 36) **GOBIET** (1909) - VI-pare de 37 ans. Leucorrhées. Au cinquième mois, tumeur abdominale gauche douloureuse. Du septième au neuvième mois, troubles de la miction. Mort fœtale in utero à terme. Rupture prématurée de la poche des eaux. Arrêt du travail par dystocie du col due à un cancer cervical. Laparotomie : ascite, tumeurs ovariennes bilatérales que l'on enlève, hystérectomie à la Wertheim, résection d'un segment de l'uretère droit qui est réimplanté dans la vessie, appendicectomie.

L'histologie révélant que les tumeurs ovariennes sont du type Krukenberg, on recherche un cancer gastrique. Palpation d'une tumeur épigastrique. On apprend que la malade souffre de l'estomac depuis trois mois et vomit presque après chaque repas. Un traitement radiothérapique amène en deux mois la disparition presque totale de la tumeur.

- 37) **SITZENFREY** (1909) - 35 ans - Au deuxième mois de la grossesse, gastro-entérostomie pour cancer gastrique inextirpable. Décès quatre mois plus tard. A l'autopsie : cancer du pylore n'atteignant pas la séreuse. Métastases au niveau des ganglions lymphatiques abdominaux et sus-claviculaires, de l'épiploon, du pancréas, du péricarde. Métastases microscopiques des ovaires. Grossesse au sixième mois.
- 38) **LINDSTEDT** (1912) - Primipare de 31 ans présentant des symptômes de cancer gastrique pendant la grossesse. Accouchement en mars 1910. Le 14 mai, exitus. A l'autopsie : cancer de la petite courbure avec abcès de l'estomac. Métastases au niveau du foie, du pancréas, de l'ovaire gauche et des ganglions lymphatiques abdominaux.
- 39) **LINDSTEDT** (1912) - 22 ans - III-geste. Dernières règles le 10 novembre 1906. En décembre, anorexie. En janvier 1907, brûlures d'estomac, sang dans les selles, amaigrissement. Mi-mars, douleurs. Au début d'avril, fièvre, purpura des membres inférieurs, épistaxis. Le purpura s'étend à tout le corps. Décès le 8 juin. Diagnostic : purpura de Werlhof. A l'autopsie : cancer ulcéré de l'estomac. Métastases au niveau du foie, des ganglions péritonéaux, du crâne, de la dure-mère, des poumons.
- 40) **LINDSTEDT** (1912) - 25 ans, primigeste - En septembre 1906 une douleur abdominale supérieure passagère est étiquetée lithias biliaire ou appendicite. Dyspepsie. Le 2 décembre, résection pylorique pour cancer. Le 11 décembre 1906, décès. A l'autopsie : abcès sous-phrénique droit, péritonite, pas de métastase. Utérus gravide de la taille d'une pomme.
- 41) **LINDSTEDT** (1912) - III-pare de 31 ans, en bonne santé lors de sa dernière grossesse. Deux à trois mois après l'accouchement, ballonnement abdominal, ascite libre, résistance localisée à la partie supérieure de l'abdomen, ganglions dans le creux sus-claviculaire. Diagnostic : péritonite tuberculeuse. A la laparotomie : tumeur gastrique. Décès trois semaines plus tard. A l'autopsie : cancer de l'estomac, carcinomatose péritonéale.
- 42) **LINDSTEDT** (1912) - 33 ans - II-geste. Durant toute la première grossesse, vomissements fréquents. Après l'accouchement, la malade cesse de vomir pendant quatorze jours. Nouvelle grossesse : reprise des vomissements. En mai 1905, avortement artificiel. Les vomissements reprennent au début de janvier. Douleurs épigastriques. Tumeur douloureuse et mobile. Résection pylorique pour cancer.

- 43) **FUCHS** (1912) - 26 ans - II-geste. Douleurs épigastriques et dysphagie. Au quatrième mois, ascite, tumeur abdominale perceptible. Laparotomie : hystérectomie et extirpation de tumeurs ovariennes bilatérales. Six semaines plus tard, grosse dysphagie par cancer du cardia, puis sténose intestinale. Décès onze semaines après l'intervention, par inanition.
- 44) **SENGE** (1912) - II-pare de 31 ans. Asthénie croissante, pâleur, parfois vomissements, anémie. Tumeur dans le petit bassin. Douleurs osseuses vertébrales et pelviennes. Fièvre intermittente. Décès. A l'autopsie : cancer de l'estomac. Métastases au niveau des ganglions lymphatiques voisins, de la colonne vertébrale, du bassin, du fémur. Utérus gravide de cinq mois. Métastase placentaire.
- 45) **G.A. WAGNER** (1912) (Cité par H.H. Schmid) - 33 ans. Depuis neuf mois douleurs épigastriques et vomissements fréquents. Grossesse au sixième mois. Amaigrissement. Phtisie pulmonaire. Résection pylorique. Six jours après, avortement, délivrance artificielle. Décès au septième jour par péritonite.
- 46) **O. FRANKL** (1920) - 26 ans - IV-geste. Six semaines avant les dernières règles, gastrectomie pour cancer. Au deuxième mois, tentative d'avortement thérapeutique infructueuse. Au cinquième mois, douleurs abdominales droites. Hystérectomie supra-vaginale, castration bilatérale. Les deux ovaires sont le siège de tumeurs à cellules en chaton de bague. L'évolution ultérieure n'est pas connue.
- 47) **M. TUROLT** (1923) - Multipare qui consulte au septième mois de sa grossesse car elle a cessé de sentir les mouvements fœtaux. Très amaigrée, pas de trouble digestif. A l'examen : subictère et ascite évidente. On n'entend pas les bruits du cœur fœtal. Dans la nuit, accouchement spontané prématuré d'un enfant vivant. Perception d'une tumeur dure attenante à l'utérus. Diagnostic de péritonite tuberculeuse. Laparotomie exploratrice qui trouve un cancer annulaire du cardia et deux volumineuses tumeurs ovariennes dont on pratique l'ablation. Décès cinq jours plus tard.
- 48) **WALTHARD** (1923) - Primipare de 34 ans. Au huitième mois, césarienne pour placenta prævia : ascite abondante, carcinomatose péritonéale. Enfant vivant. Neuf mois après, iléus. Nouvelle laparotomie : tumeur de la grande courbure de l'estomac, accollement des anses grêles. Décès pendant l'iléostomie. L'autopsie confirme le cancer gastrique et l'essaimage péritonéal.
- 49) **L. FISCHL** (1924) (Cité par H.H. Schmid) - Femme de 22 ans. Dernières règles le 15 juin 1912. Fortes douleurs gastriques, vomissements, amaigrissement, sang dans les selles. Le 2 juillet 1912, après trois semaines de traitement pour ulcère sans résultat, gastro-entérostomie pour ulcère sténosant du pylore. Devant la persistance de l'hémorragie occulte, résection gastrique le 7 septembre 1912 (cancer sur le

fond de l'ulcère réséqué) au troisième mois de la grossesse. Accouchement spontané en mars 1913. Le 3 août 1913, appendicite aiguë, péritonite : appendicectomie. Le 5 juin 1914, hystérectomie et castration droite pour cancer de l'ovaire droit. En décembre 1914, métastases au niveau des ganglions sterno-cléido-mastoïdiens gauches. Nodules dans la cicatrice abdominale. Le 5 avril 1915, décès.

- 50) **H.H. SCHMID** (1924) - X-pare de 41 ans hospitalisée au neuvième mois de grossesse, en début de travail, avec une infection amniotique. Accouchement spontané d'un enfant mort. Délivrance artificielle. Décès de la mère par septicémie quelques heures plus tard. A l'autopsie : cancer du pylore avec envahissement des ganglions lymphatiques gastriques, pancréatiques et trachéo-bronchiques.
- 51) **H.H. SCHMID** (1924) - II-geste. Dernières règles le 13 novembre 1921. Au début de janvier 1922, vomissements après chaque repas. Un ulcère avait déjà été diagnostiqué en novembre 1921, mais la malade refuse des investigations plus poussées. En mars 1922, vomissements incoercibles, douleurs abdominales violentes, baisse de l'état général. On perçoit une tumeur hypogastrique droite ; une seconde tumeur emplit le petit bassin. Le 17 mars, laparotomie : tumeur ovarienne bilatérale ; hystérectomie, castration. On découvre un cancer du pylore et de la petite courbure, laissé en place en raison du mauvais état de la malade. Le 11 avril, nouvelle laparotomie : la tumeur s'avère inextirpable. Décès au cours de l'été 1922. Les tumeurs ovariennes étaient du type Krukenberg.
- 52) **STOECKEL** (1924) - Primipare de 22 ans ayant subi un an avant sa grossesse une résection gastrique pour cancer. Au septième mois, récédive. Perception d'une tumeur de la taille d'une tête d'adulte. Césarienne vaginale : fœtus de 520 grammes. Il s'ensuit une sensible amélioration subjective.
- 53) **P. GAUTHIER-VILLARS** (1927) - II-pare de 29 ans. Au cours de la grossesse, au sixième mois, apparaissent des crampes épigastriques douloureuses et des vomissements post-prandiaux précoces. En septembre 1921, neuf mois après l'accouchement, douleurs épigastriques et hypogastriques, vomissements irréguliers, une heure après l'ingestion d'aliments, constipation, amaigrissement. A l'examen : ascite évidente, palpation de la région épigastrique et du flanc droit douloureuse, volumineuse tumeur perçue dans le cul-de-sac vaginal antérieur. Le 23 septembre 1921, laparotomie qui montre un néoplasme de la grande courbure adhérent au foie et deux tumeurs ovariennes qui sont extirpées. Histologiquement elles sont du type Krukenberg. La malade a été perdue de vue.

- 54) **E.E. TIRIBOCHI** (1927) - Primigeste de 26 ans. Vomissements intenses avec amaigrissement depuis le deuxième mois. Les vomissements, incoercibles, sont très transitoirement améliorés au sixième mois par le traitement puis s'aggravent. Météorisme abdominal localisé à l'épigastre et à l'hypochondre droit, disparaissant après lavage gastrique. Accouchement prématuré provoqué au début du septième mois : enfant mort. La mère meurt le lendemain. A l'autopsie : cancer ulcéré de l'antrum gastrique et du pylore ; envahissement des ganglions juxta-pyloriques.
- 55) **CORDUA** (1929) (Cité par M. Sander et E. Lewin) - Primipare de 22 ans morte au septième mois de gravidité. Cancer gastrique. Métastases ovariennes bilatérales (autopsie).
- 56) **E. COVA** (1929) - III-pare de 32 ans. Pas de troubles sympathiques au cours des deux premières grossesses. Au début du cinquième mois de la grossesse actuelle, vomissements d'intensité croissante jusqu'à l'incoercibilité. Quelques douleurs abdominales hautes ; amaigrissement rapide. Les radiographies gastriques, au sixième mois, montrent une sténose pylorique complète. En raison de l'aggravation de l'état de la malade malgré le traitement, accouchement prématuré provoqué. L'enfant meurt pendant l'extraction (six mois et demi). Il s'ensuit une amélioration transitoire. Une tumeur épigastrique dure et bosselée peut être perçue. En raison de son extension et du mauvais état général, abstention opératoire. Décès un mois après l'arrêt de la grossesse.
- 57) **RHENTER et LYONNET** (1930) - IV-geste de 38 ans. Les grossesses antérieures se sont terminées par des avortements. Au sixième mois d'une grossesse jusque-là normale apparaissent des douleurs de la base de l'hémithorax droit. Amaigrissement. Pas de trouble digestif. Examen négatif. Un mois plus tard, cachexie avec œdème, intolérance gastrique à peu près absolue. A l'examen : volumineux ganglion sus-claviculaire gauche, foie énorme, réaction de Weber positive dans les selles. La malade paraît au-delà de toute ressource thérapeutique et elle meurt quatre jours plus tard. A l'autopsie : petit néoplasme de type ulcéreux de la petite courbure gastrique, envahissant les organes rétrogastriques. Généralisation au foie, au péritoine, aux poumons, aux plèvres, aux ganglions lymphatiques. A l'examen histologique, il s'agit d'un épithélioma atypique.
- 58) **ESAU** (1933) - III-pare dont la grossesse se déroule normalement jusqu'à sept mois et demi. Cependant le volume exagéré de l'abdomen fait évoquer la gémellité. Le lendemain de la naissance d'une fille vivante, la malade est hospitalisée - Ascite hémorragique - Dix jours plus tard, laparotomie : annexectomie bilatérale pour métastases ovariennes. La tumeur primitive n'est pas trouvée.
- Un an et demi après apparaissent des troubles gastriques : vomissements, cachexie progressive. Laparotomie. La gastro-entérostomie est impossible. Décès en trois semaines. A l'autopsie : adéno-carcinome gastrique.

- 59) **PUPPEL** (1933) - 35 ans - IV-père. Au sixième mois de grossesse, œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres, ascite importante, dyspnée, état cachectique. Laparotomie : césarienne, hystérectomie et annexectomie bilatérale. Tumeurs ovariennes de la taille d'une tête de fœtus. Décès trois jours après. A l'autopsie, cancer de la petite courbure.
- 60) **O. GRÖNE** (1934) - III-père de 39 ans hospitalisée le 11 janvier 1933, au neuvième mois de grossesse, pour de violentes douleurs épigastriques et des vomissements, l'état de l'utérus gravide étant normal à l'examen. Dans la crainte d'une occlusion intestinale (la malade portait une cicatrice de laparotomie antérieure), laparotomie : liquide pyoïde et gaz dans la cavité abdominale. Suture de la paroi en un plan. Césarienne vaginale, enfant vivant. Retour à la cavité abdominale où est découverte une perforation à la partie haute de la paroi antérieure de l'estomac ; suture. Au dixième jour, fistule gastrique par lâchage de la suture. Reprise de celle-ci le 24 janvier, puis gastrostomie. Décès le 2 février. A l'autopsie : cancer ulcéré fistulisé de l'estomac. Infarctus pulmonaire.
- 61) **H.T. HAGSTROM et M.D. BROOKLYN** (1938) - III-père de 33 ans. Dernières règles le 16 juin 1935. Au quatrième mois, mi-octobre, apparaît une tumeur au niveau de chaque sein puis des nausées, des vomissements incoercibles avec amaigrissement. A l'examen, les tumeurs mammaires s'accompagnent d'adénopathies axillaires bilatérales. Hydramnios - Ascite - Perception de deux masses abdominales. Anémie, albuminurie, cétonurie. Le diagnostic est celui de toxémie, tumeur pelvi-abdominale avec ascite, cancer des deux seins au cours d'une grossesse présumée gémellaire. Le 25 novembre, au cinquième mois, on procède à une tentative d'avortement thérapeutique : décès. A l'autopsie : tumeur ulcérée de la face postérieure de l'estomac, tumeurs des deux ovaires et des deux seins, de type Krukenberg à l'examen histologique. Des métastases sont également trouvées au niveau des trompes et du pancréas.
- 62) **A. PISTOFIDIS** (1938) - Primipare de 30 ans. Le 16 décembre 1935, accouchement spontané sans intervention. Le 25 décembre 1935, violentes douleurs lombaires qui se répètent le lendemain. Au début de janvier 1936, douleurs des épaules et des hanches. Mi-janvier : vomissements après chaque repas. Le 27 janvier est évoqué le diagnostic d'iléus. Le 16 février, on perçoit une tumeur dans le paramètre droit qui paraît grossir à un examen ultérieur. Détérioration de l'état général. Opacités radiologiques de la base du poumon droit. Le 6 mars, la malade meurt dans le collapsus.

A l'autopsie : cancer de la grande courbure gastrique, essaimage péritonéal et lymphatique. Métastases au niveau de la plèvre et du poumon droits, de la quatrième côte gauche.

- 63) **O. VIANA** (1939) - V-pare de 32 ans. Aucun incident au cours des quatre premières grossesses. Dernières règles le 20 avril 1938. En mai, nausées et vomissements, diarrhée et asthénie intense. Elle est hospitalisée le 4 octobre, en mauvais état général ; albuminurie, léger hydramnios. Malgré le traitement, les vomissements persistent et, le 7 octobre, apparaissent dans les urines pigments biliaires et acétone. Le 18 octobre, après une notable amélioration, violentes douleurs épigastriques, contractions utérines. L'avortement est provoqué par rupture de la poche des eaux : extraction de deux fœtus jumeaux non viables (grossesse de cinq mois et demi). Le lendemain, météorisme abdominal très douloureux à la palpation, arrêt des matières et des gaz, oligurie, décès un peu plus de 24 heures après l'avortement. A l'autopsie : péritonite par perforation d'un ulcéro-cancer de la paroi antérieure de l'antrum pylorique. Métastases ovariennes.
- 64) **L.A. HORTA BARBOSA, N. SALLES et J. PINHEIRO** (1940) - IV-pare de 32 ans. Père mort d'ulcère gastrique perforé. Se plaint de douleurs abdominales depuis neuf ans. Bordet-Wassermann positif dans le sang depuis un an. Dernières règles le 6 juillet 1939. Au début de la grossesse, anorexie sans vomissements. Au cinquième mois, œdème des membres inférieurs, anémie intense, albuminurie. Hospitalisée le 6 janvier 1940 avec fièvre, céphalées, brûlures à la miction, douleurs iliaques droites, œdèmes persistants, anémie. Le traitement médical entraîne une amélioration mais des douleurs abdominales apparaissent fin janvier, avec météorisme. Le 23 est perçue dans le flanc droit une tumeur mobile et sensible de la taille d'une tête de fœtus à terme. Le 26, syndrome d'allure dysentérique avec sang dans les selles. Le 28, vomissements alimentaires. Le 4 février, à six mois et demi de grossesse, accouchement prématuré spontané d'un fœtus qui meurt 40 minutes plus tard.
- Le post-partum est marqué par la persistance de vomissements, du météorisme abdominal, de l'anémie. Subictère conjonctival, ascite. Décès le septième jour.
- A l'autopsie : ascite purulente ; cancer ulcéré perforé de l'antrum pré-pylorique ; torsion d'une tumeur de l'ovaire droit, de type Krukenberg à l'histologie.
- 65) **WILDE** (1948) (Cité par M. Sander et E. Lewin) - 36 ans - II-pare. Ablation au quatrième mois de grossesse d'une tumeur ovarienne gauche de la taille d'une tête d'enfant. Accouchement spontané d'un enfant vivant. Plus tard, tumeur ovarienne droite de la taille d'un œuf d'oie. Extirpation - Décès - Autopsie : il s'agit de métastases d'un cancer gastrique.
- 66) **MAIKAPAR-CHOLDINA** (1950) - Cité par M. Sander et E. Lewin comme ayant décrit un cas de cancer gastrique au cours de la grossesse, avec métastase ovarienne.

- 67) **R.P. REYNOLDS, M.O. CANTOR et H. HENDERSON** (1950) - III-geste, II-pare de 36 ans ayant subi en 1943 une résection cunéiforme d'un ulcère gastrique. Dernières règles le 12 avril 1947. Nausées et vomissements débutant au troisième mois de grossesse. Hospitalisée en septembre, au cinquième mois, pour vomissements incoercibles. Ceux-ci sont améliorés par le traitement mais récidivent pendant les deux mois suivants. Des radiographies gastriques pratiquées le 10 décembre ne montrent pas de lésion organique. Le 23 décembre 1947, accouchement spontané d'un enfant normal, trois semaines avant terme. Le 29 décembre, les radiographies montrent un cancer des deux tiers inférieurs de l'estomac. Le 14 janvier 1948, intervention : l'estomac est entièrement envahi. Extension au lobe gauche du foie et à quelques ganglions lymphatiques. Gastrectomie totale. La malade vécut confortablement pendant un mois après l'intervention.
- 68) **M. FAUSTYNIK** (1950) - Primipare de 17 ans, hospitalisée pour vomissements incoercibles depuis le début d'une grossesse qui en est au septième mois. Gros amaigrissement, anémie. Le traitement médical est inefficace. Le tubage gastrique montre la stase alimentaire et l'achlorhydrie. Accouchement prématuré provoqué au septième mois, après lequel on perçoit une tumeur épigastrique. La radiographie confirme une sténose pylorique presque totale. Laparotomie qui montre l'envahissement total de l'estomac par le processus néoplasique. Extension au foie et au péritoine. Organes génitaux intacts. L'intervention reste exploratrice. La malade décède peu après.
- 69) **NIESERT** (1951) - 29 ans, primipare. Césarienne pour éclampsie, enfant vivant. Ultérieurement, au dixième mois, hystérectomie et annexectomie pour tumeurs ovariennes bilatérales, métastases d'un cancer gastrique. Décès - (Autopsie).
- 70) **I. DALSETH** (1952) - II-pare de 38 ans. Nausées et vomissements pendant les trois premiers mois de la grossesse actuelle. Au sixième mois, anorexie et reprise de vomissements post-prandiaux tardifs. A huit mois, douleurs épigastriques intermittentes irradiées dans le dos et vers l'aîne droite, accrues en décubitus. Amaigrissement. Examen clinique négatif. Accouchement spontané à terme. Dix jours plus tard, la radiologie montre une infiltration néoplasique étendue à la plus grande partie de l'estomac, au-dessus des ressources chirurgicales.
- 71) **I. DALSETH** (1952) - VI-geste, III-pare de 38 ans. Au cours des trois ou quatre derniers mois de la grossesse actuelle, anorexie, asthénie. Au cours du septième mois, nausées et vomissements quotidiens, pyrosis, constipation, température subfébrile, amaigrissement, œdèmes. Accouchement normal d'une fille vivante. Le lendemain, la radiologie montre une sténose pylorique et on peut palper une tumeur épigastrique. Dix jours plus tard, laparotomie, résection gastrique. La presque totalité de l'organe est envahie par un adéno-carcinome ulcéré. Deux mois et demi plus tard la patiente se porte bien.

- 72) **ANISHCHENKO IS., RATNE G.L.** (1958) - 28 ans. Gastrite depuis 1951. Les douleurs épigastriques survenant une heure et demie à deux heures après les repas s'intensifient en juin 1953 mais sont mises sur le compte de la grossesse. Celle-ci arrive à terme en décembre. Accouchement normal. Par la suite les douleurs s'aggravent, vomissements, hématoméses. Fin février 1954 est fait le diagnostic radiologique de cancer de l'estomac. Le 16 mars, gastrectomie subtotale. En 1955, intervention sur une métastase ovarienne. En 1956, décès.
- 73) **ANISHCHENKO I.S., RATNE G.L.** (1958) - 29 ans. En septembre 1955, en raison d'une asthénie croissante, de douleurs et de pesanteurs épigastriques, de nausées, avortement provoqué à la fin du troisième mois de grossesse. Pas d'amélioration. Les vomissements deviennent plus fréquents, splénomégalie, anémie à 2.770.000, température subfébrile. Le diagnostic de cancer gastrique est établi grâce à la radioscopie. Laparotomie le 24 janvier, montrant une tumeur du cardia avec envahissement du pancréas. Le geste chirurgical et les suites ne sont pas précisés.
- 74) **ANISHCHENKO I.S., RATNE G.L.** (1958) - 42 ans. Douleurs épigastriques survenues après l'accouchement, s'accompagnant d'anorexie, d'amaigrissement, de constipation. Traitée pendant neuf mois pour gastrite achylique. Devant l'aggravation de son état, on suspecte un cancer gastrique, diagnostic confirmé par la radioscopie. Laparotomie qui montre l'envahissement du foie et du pancréas. Gastro-entérostomie.
- 75) **BOWERS R.N., WALTERS W.** (1958) - 42 ans. En 1947, douleurs épigastriques et vomissements, tous les examens étant normaux. En septembre 1952, ballonnement, éructations, crampes douloureuses épigastriques, vomissements. Déformation permanente sur les radiographies gastriques considérée comme étant le duodénum. Amélioration rapide. Dernières règles le 23 octobre 1952. Le début de la grossesse ne donne lieu à aucun trouble. En mars 1953, violente douleur dorsale gauche, nausées, vomissements, anémie, traces de sang dans les selles. Les douleurs continuent, survenant par accès, jusqu'au milieu d'avril, les diverses investigations restant muettes. Fin avril, de nouvelles radiographies gastriques montrent une lésion ulcéreuse sténosante envahissant le tiers inférieur de l'estomac. Le 24 avril 1958, gastrectomie subtotale : adéno-carcinome ulcéré. Le 23 mai une hémorragie massive avec hématomèse et melaena nécessite une réintervention d'urgence. Onze jours après cette dernière, accouchement spontané prématuré d'un enfant mort. Revue jusqu'en 1957, la patiente se portait bien, avait repris du poids, ne se plaignait de rien. Les radiographies gastriques étaient satisfaisantes. Seule persistait une légère anémie hypochrome.

- 76) **G. GORACZ** (1958) - II-pare de 35 ans accouchant sans incident au printemps 1953. En juin 1953, anorexie, amaigrissement. En décembre, douleurs, diarrhée. Le 11 décembre, laparotomie exploratrice : carcinomatose péritonéale. Exitus le 17 décembre 1953.
A l'autopsie : cancer ulcéré de la grande courbure gastrique. Métastases au niveau du péritoine, de l'utérus, des ovaires. Pour l'auteur l'ulcéro-cancer existait au cours de la grossesse et s'est rapidement propagé après l'accouchement.
- 77) **M. SANDER et E. LEWIN.** (1958) - 29 ans - VI-geste, IV-pare. Depuis trois ans (1952), souffre de l'estomac. En 1954, diagnostic d'ulcère gastrique. Dernières règles le 12 février 1955. En juin, la malade est à nouveau hospitalisée pour récurrence d'ulcère. Achlorhydrie. Sang dans les selles. Le 9 novembre 1955, début du travail. Perception d'une tumeur non fixée au-dessus du fond utérin. Utérus normal. Tête restant haute à cause d'une tumeur prævia emplissant le petit bassin. Césarienne : ascite, nodules néoplasiques sur le péritoine, tumeur ovarienne bilatérale, cancer de la grande courbure gastrique. Hystérectomie - Annexectomie bilatérale. Enfant vivant. Exitus le 12 mars 1956, quatre mois après l'intervention.
- 78) **DELLEPIANE G., TOMASINI J. et BENZI G.** (1960) - II-Pare de 36 ans. Au deuxième mois de la grossesse, nausées. Après le sixième mois, nausées avec vomissements de plus en plus fréquents, parfois suivis d'une légère douleur. Anémie. Anorexie. Les radiographies montrent un cancer gastrique. A la trente et unième semaine de la grossesse, césarienne suivie d'hystérectomie totale et d'annexectomie bilatérale ; résection gastrique à la Rieckel-Polya dans un même temps.
La mère et l'enfant sont revus en bon état cinq mois plus tard.
- 79) **A. GUICHARD, Mme GILLY, CUFFIA et BESSET** (1961) - « Femme de 36 ans qui, au cours de sa deuxième grossesse, présenta une albuminurie gravidique avec accouchement prématuré au début du neuvième mois et des vomissements incoercibles gravidiques. Le deuxième jour après l'accouchement, hématurie et mélène avec anémie à 1.100.000, persistance des vomissements et apparition d'une phlébite du membre inférieur pendant tout le mois après l'accouchement. Trois mois plus tard, vomissements incoercibles, sténose du pylore, état de mal tétanique, épithélioma du pylore. Adénomes microscopiques des parathyroïdes. »
- 80) **A. GUICHARD, Mme GILLY, CUFFIA et BESSET** (1961) - « Alors que les trois précédentes grossesses se caractérisaient par des envies de viandes, une quatrième grossesse, à 35 ans, s'accompagna de vomissements incoercibles du premier au troisième et du septième au neuvième mois, d'anorexie immédiate pour la viande, le poulet étant bien toléré, d'hyperorexie de salade, crudités, mets glacés. Trauma psycho-affectif au début de la grossesse. Masse tumorale à l'épigastre, perçue trois jours après l'accouchement ; achylie ; tumeur en virole de l'antre. Gastrectomie. »

CONCLUSIONS

1°) L'association du cancer gastrique à l'état gravido-puerpéral est rare.

2°) Les vomissements en constituent alors le symptôme cardinal.

3°) Le diagnostic de l'affection gastrique est difficile et souvent tardif du fait de la similitude fréquente de sa symptomatologie avec celle des troubles sympathiques de la grossesse.

4°) Le cancer gastrique exerce sur la grossesse une influence défavorable ; souvent le terme normal n'est pas atteint soit par le fait du cancer lui-même, soit par le fait des impératifs thérapeutiques.

5°) L'influence de la grossesse sur le cancer est variable : son rôle dans l'apparition du cancer ne peut pas être affirmé ; l'évolution du cancer paraît tantôt particulièrement rapide, tantôt non influencée par l'état gravis.

6°) La recherche du traitement idéal, assurer la cure radicale du cancer en préservant la grossesse, se heurte au retard du diagnostic, à la rapidité d'évolution, à la fréquence des métastases qui en rendent la réalisation rarement possible.

Vu et approuvé :

Le Doyen,
H. HERMANN.

Le Président de la Thèse,
M. DARGENT.

Vu et Permis d'imprimer.
LYON, le 22 Novembre 1962

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

- 1) AHLFELD : **Über Indikationen zum künstlichen Abort.** (Des indications de l'avortement artificiel), Archiv für Gynaekologie (Münich), XVIII : 310, 1881.
- 2) ANISHCHENKO I.S., RATNE G.L. : **Rak zheludka i beremennost'** (Cancer de l'estomac et grossesse), Akusherstvo i Ginekologiya (Moscou), XXXIV, 4 : 100-102, 1958.
- 3) BEER : Cité par P. MÜLLER, **Die Krankheiten des weiblichen Körpers in ihren Wechselbeziehungen zu den Geschlechtsfunktionen** (Les maladies de la femme dans leurs rapports avec les fonctions génitales), p. 107, Enke, Stuttgart, 1888.
- 4) BENZI G. : (Tumeurs malignes de l'appareil digestif et grossesse. Cancer de l'estomac), Minerva Medica, LI, 81 : 3367-3376, 1960.
- 5) BOWERS R.N., WALTERS W. : **Carcinoma of the stomach complicated by pregnancy ; report of an unusual case.** (Cancer de l'estomac compliqué de grossesse ; relation d'un cas inhabituel), Minnesota Medecine (Saint-Paul), XLI, 1 : 30-31, 1958.
- 6) BURDSINSKI T.A. : (Ovariectomie en cours de grossesse pour tumeur de Krukenberg suivie de césarienne pour métastase utérine de cette tumeur), J. akush. i jensk. boliezn. (Saint-Petersbourg), XXI : 555-569, 1907 (cité par H.H. Schmid).
- 7) CLIVIO J. : **Il vomito incoercibile delle gravide.** (Les vomissements incoercibles de la grossesse), Congrès de Rome, octobre 1901, Rassegna d'Ostet. e Ginec. (Naples), X : 609, 1901.
- 8) COHNHEIM : **Vorlesung über allgemeine Pathologie.** (Cours de pathologie générale). T. I, p. 690, Berlin, 1877.
- 9) COUVELAIRE : **Métastase utérine d'un cancer de l'estomac apparue au cours d'une grossesse et ayant nécessité l'opération césarienne.** Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, II : 273-287, 1905.

- 10) COVA E. : **Carcinoma gastrico e gravidanza.** (Cancer gastrique et grossesse). Annali di clinica medica e di medicina sperimentale (Palermo), XIX : 231-239, 1929.
- 11) DALSETH I. : **Cancer ventriculi forholdet til graviditet.** (Cancer de l'estomac au cours de la grossesse). Tidsskrift for den Norske laegeforening (Oslo), LXXII, 3 : 74-75, 1952.
- 12) DELLEPIANE G., TOMASINI J. et BENZI G. : **Le cancer de l'estomac pendant la grossesse.** Réunion d'Obstétrique de Turin, 22 mai 1960.
- 13) DELLEPIANE G., BENZI G. : **Magenkrebs während der Schwangerschaft.** (Cancer de l'estomac pendant la grossesse). Archiv für Gynäkologie (Münich), 195 : 549-551, 1961.
- 14) DEPAUL, cité par F.A. KEHRER : **Gazetamponade des Mutterhalses zur Stillung der Hyperemesis gravidarum.** Zentralblatt für Gynäkologie, XX : 397, 1896.
- 15) DESBORDES P. : **Sur le traitement chirurgical du cancer de l'estomac.** Thèse, Lyon, 1954.
- 16) DUBOIS, cité par HORWITZ : **Über das unstillbare Erbrechen der Schwangeren.** (A propos des vomissements incoercibles de la grossesse). Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, IX : 187, 1883.
- 17) ESAU : **Krukenbergtumoren in der Schwangerschaft.** (Tumeurs de Krukenberg pendant la grossesse). Zentralblatt für Gynäkologie, XX : 1167, 1933.
- 18) FAUSTYNIAK M. : **Ciaza i rak zoladka.** (Grossesse et cancer de l'estomac). Polski tygodnik lekarski (Varsovie), VI, 36 : 1154-1156, 1951.
- 19) FELLNER O. : **Die Beziehungen innerer Krankheiten an Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.** (Les rapports des affections internes avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches), p. 268, Deuticke, Vienne, 1903.
- 20) FRANKL O. : **Beiträge zur Pathologie und Klinik des Ovarialkarzinoms.** (Contribution à l'étude pathologique et clinique du cancer ovarien). Archiv für Gynäkologie, CXIII : 42, 1920.
- 21) FREUND H.W. : **Chronisches Erbrechen bei Schwangeren ; Hyperemesis gravidarum.** (Vomissements chroniques au cours de la grossesse ; hyperémèse gravidique). Winckels : Handbuch für Geburtshilfe, II, I : 539-540, 1904.

- 22) FUCHS : **Metastatisches Carcinom beider Eierstöcke bei bestehender Gravidität.** (Cancer métastatique des deux ovaires au cours d'une grossesse), Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäkologie, XXXV, 520, 1912.
- 23) GAUTHIER-VILLARS P. : **Contribution à l'étude des métastases ovariennes des épithéliomas digestifs.** Thèse, Paris, 1927.
- 24) GLOCKNER A. : **Über sekundäres Ovarialcarcinom.** (A propos du cancer secondaire de l'ovaire). Archiv für Geb. und Gynäkologie, LXXII : 448-469, 1904.
- 25) GOBIET J. : **Ein Fall von ausgetragener Schwangerschaft kompliziert mit Krebs der Gebärmutter, beider Eierstöcke und des Wurmfortsatzes als Metastasen eines Magenkrebses.** (Un cas de grossesse à terme compliquée de cancer de l'utérus, des deux ovaires et de l'appendice, métastases d'un cancer gastrique). Wiener klinische Wochenschrift, IV : 121, 1909.
- 26) GORACZ G. : **Terhesseg után fellépő ulcus-carcinoma esete.** (Cas d'ulcère-cancer suivant la grossesse). Magyar nőorvosok lapsa (Budapest), XXI, 4 : 228-231, 1958.
- 27) GORSE J.M. : **Cancer gastrique et grossesse.** Encyclopédie Médico-chirurgicale - Obstétrique, 1045 AB 3 f.
- 28) GRÖNE O. : **Magenperforation im Zusammenhang mit nahe bevorstehender Entbindung nebst einigen Worten über Cancer und Ulcus ventriculi als Komplikationen des Partus.** (Perforation gastrique en liaison avec un accouchement prochain, avec quelques considérations sur le cancer et sur l'ulcère de l'estomac en tant que complications de l'accouchement). Acta obstetricia et gynecologia scandinavia, XIII, 4 : 315, 1934.
- 29) GUERLOT, cité par HORWITZ : **Über das unstillbare Erbrechen der Schwangeren.** (A propos des vomissements incoercibles de la grossesse). Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, IX : 187, 1883.
- 30) GUICHARD A., GILLY, CUFFIA et BESSET : **Le début per-gravidique du cancer de l'estomac.** (A propos de deux cas personnels inédits). Lyon Médical, XLI : 669-684, 1961.
- 31) GUTMANN R.A. : **Syndromes douloureux de la région épigastrique.** T. I, p. 475-478. Masson, Paris, 1951.
- 32) HAGSTROM H.T., BROOKLYN M.D. : **Krukenberg tumor complicating pregnancy.** (Tumeur de Krukenberg compliquant la grossesse). American Journal of Obstetrics and Gynecology, XXXVI, 3 : 498, 1938.

- 33) HEMPEL : **Ein Fall von vollständiger carcinomatöser Entartung beider Ovarien während der Schwangerschaft.** (Un cas de dégénérescence carcinomateuse totale des deux ovaires pendant la grossesse). Archiv für Gynäkologie, VII : 556, 1875.
- 34) HORTA BARBOSA L.A., SALLES N. et PINHEIRO J. : **Gestação complicada de cancer gastrico perforado em peritonio livre e torsão de tumor de Krukenberg unilateral.** (Grossesse compliquée de cancer gastrique perforé en péritoine libre et torsion d'une tumeur de Krukenberg unilatérale). Revista de Gynecologia e d'Obstetricia (Rio de Janeiro), II : 281-300, 1940.
- 35) KEHRER F.A. : Beiträge zur klinische und experimentelle Geburtskunde und Gynäkologie, II, 2 : 193-194, 1884, (cité par H.H. Schmid).
- 36) KROPEIT A. : **Über doppelseitige maligne Ovarialtumoren und doppelseitige Ovariectomie in der Schwangerschaft.** (A propos des tumeurs ovariennes malignes bilatérales et de l'ovariectomie bilatérale pendant la grossesse). Discours Inaugural, Königsberg, 1901 (cité par H.H. Schmid).
- 37) LINDSTEDT : **Nagra fall af cancer ventriculi i samband med graviditet jämte betraktelser öfver graviditeten sasom ett disponerande moment för uppkomsten af cancer.** (Quelques cas de cancer de l'estomac en rapport avec la grossesse ; de la grossesse en tant que moment favorable au cancer). Hygiea (Stockholm), LXXIV : 84-120, 1912.
- 38) LINTOCK : **The excessive vomiting in pregnancy.** The obstetrical Journal of Great Britain, 1875, cité par Horwitz : Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, IX : 187, 1883.
- 39) MATHIEU : **Du cancer précoce de l'estomac.** Gazette des Hôpitaux, 939, 1884, (cité par H.H. Schmid).
- 40) METZGER : **Métastases ovariennes des cancers digestifs.** Thèse, Paris, 1910-1911.
- 41) NIESERT : **Beitrage zur Klinik und Pathologie der ovarial Tumoren,** Halle, 1951.
- 42) OLSHAUSEN : Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, LXI, 620, 1908 (cité par H.H. Schmid).
- 43) PISTOFIDIS A. : **Magenkarzinom und Schwangerschaft.** (Cancer gastrique et grossesse). Zentralblatt für Gynäkologie (Leipzig), LXII : 2538-2540, 1938.

- 44) POLANO : **Der Magenkrebs in seinen Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynäkologie.** (Le cancer de l'estomac dans ses rapports avec l'obstétrique et la gynécologie). Wurtzburger Abhandlung Med., IV : 337, 1904.
- 45) PUPPEL : **Über Krukenbergtumoren in der Schwangerschaft.** (A propos des tumeurs de Krukenberg pendant la grossesse). Zentralblatt für Gynäkologie, I : 49, 1933.
- 46) REYNOLDS R.P., CANTOR M.O. et HENDERSON H. : **Carcinoma of the stomach and pregnancy.** (Cancer de l'estomac et grossesse). The Grace Hospital Bulletin (Detroit), XXVIII : 127-130, 1950.
- 47) RHENTER et LYONNET : **Cancer de l'estomac à marche rapide au cours de la gestation.** Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, VII : 503, 1930.
- 48) RÖMER : **Über scheinbare primäre, in Wirklichkeit metastatische Krebs-erkrankung der inneren Geschlechtsorgane bei Tumorbildung in Abdominalorganen.** (A propos d'atteintes cancéreuses apparemment primitives, en réalité métastatiques, des organes génitaux internes au cours de processus tumoraux des organes abdominaux). Archiv für Gynäkologie, LXVI : 148, 1902.
- 49) RUNGE : **Das Magencarcinom in seinen Beziehungen zur Gynäkologie und Geburtshilfe.** (Le cancer de l'estomac dans ses rapports avec la gynécologie et l'obstétrique). Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. und Gynäkologie, X : 106, 1909.
- 50) SANDER M., LEWIN E. : **Zum Problem der metastatischen Ovarialcarcinom bei Magencarcinom und Schwangerschaft.** (Problème du cancer ovarien métastatique avec cancer de l'estomac et grossesse). Archiv für Geschwulstforschung (Dresde), XIII, 2 : 119-129, 1958.
- 51) SÄNGER : Réunion d'Obstétrique de Leipzig (20-XI-1882). Zentralblatt für Gynäkologie, XX : 326, 1883.
- 52) SCHMID H.H. : **Magencarcinom und Gravidität.** (Cancer gastrique et gravidité). Archiv für Gynäkologie (Berlin), CXXI : 168-209, 1924.
- 53) SCHNELLBACH, cité par F.A. KEHRER : Zentralblatt für Gynäkologie, XV : 397, 1896.
- 54) SENGE : **Sekundäre Carcinosis der Placenta bei primären Magencarcinom.** (Cancer secondaire du placenta au cours d'un cancer primitif de l'estomac). Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie (Jéna), LIII : 534, 1912.

- 55) SITZENFREY : **Über lediglich mikroskopisch nachweisbare metastatische Carcinomerkrankung der Ovarien bei primären Magencarcinom.** (A propos d'atteintes métastatiques des ovaires décelables seulement au microscope au cours d'un cancer primitif de l'estomac). Mitteilungen aus den Grenzgebietender der Medizin und Chirurgie, XIX : 273, 1909.
- 56) SNOO (de) : **Metastatisches Ovarialkarzinom.** (Cancer ovarien métastatique). Niederländische Gynäkol. Gesell., XVII : 3, 1907; Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäkologie : XXVII : 169, 1908.
- 57) STOECKEL : **Gravidität durch Karzinom kompliziert.** (Grossesse compliquée de cancer). Réunion d'Obstétrique et de Gynécologie de Leipzig, 7-VII-1924, Zentralblatt für Gynäkologie, XLV : 2497, 1924.
- 58) TIRIBOCHI E.E. : **Neoplasma del estómago simulando vómitos incoercibles del embarazo.** (Cancer de l'estomac simulant des vomissements incoercibles de la grossesse). Revista medica del Uruguay (Montevideo), XXX : 572-576, 1927.
- 59) TUROLT M. : **Krukenbergtumor und Schwangerschaft.** (Tumeur de Krukenberg et grossesse). Zentralblatt für Gynäkologie, 48-49 : 1836, 1923.
- 60) VIANA O. : **Metastasi ovarica di carcinoma gastrico e gravidanza gemellare. Perforation dello stomaco e peritonite letale.** (Métastase ovarienne de cancer gastrique et grossesse gémellaire. Perforation de l'estomac et péritonite mortelle). Annali di Ostetricia e Ginecologia (Milan), LXI : 371-386, 1939.
- 61) VIGNES H. : **Cancer de l'estomac et grossesse,** Paris Médical, I : 249-251, 1934.
- 62) VIGNES H. : **Maladies des femmes enceintes.** T. II, p. 147, Masson, Paris, 1935.
- 63) WALTHARD : **Zur Anatomie und Ätiologie der Placenta isthmica primaria.** (De l'anatomie et de l'étiologie du placenta isthmique primitif). Archiv für Gynäkologie, CXVIII : 102, 1923.
- 64) WALTHER : **Néoplasme du pylore à type de linite plastique ; tumeurs des deux ovaires et de l'utérus de même nature.** Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer, III : 268-280, 1910.
- 65) ZABORSKY : **Hyperemesis gravidarum.** Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäkologie, XX : 45, 1904.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION, OBSERVATIONS	17
ETIOLOGIE	29
MANIFESTATIONS CLINIQUES	33
DIAGNOSTIC	39
EVOLUTION :	
— Influence du cancer gastrique sur la grossesse	47
— Influence de la grossesse sur le cancer gastrique	50
TRAITEMENT	57
APPENDICE : résumé des observations recueillies dans la littérature..	61
CONCLUSIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	77
